

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

JULIANA ADRIANO

**O PLANTÃO SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: UM ESTUDO
APROXIMATIVO SOBRE A PRÁTICA PROFISSIONAL**

**DEPTO. SERVIÇO SOCIAL
DEFENDIDO E APROVADO
EM: 19/07/2007**


Rosana Maria Gaio
Depto de Serviço Social / CSE

**Florianópolis
2007.1**

JULIANA ADRIANO

**O PLANTÃO SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: UM ESTUDO
APROXIMATIVO SOBRE A PRÁTICA PROFISSIONAL**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado
ao Departamento de Serviço Social do Centro
Sócio-Econômico da Universidade Federal de
Santa Catarina como requisito parcial para
obtenção do Título de Bacharel em Serviço
Social.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Ana Maria B. Cartaxo

**Florianópolis
2007.1**

JULIANA ADRIANO

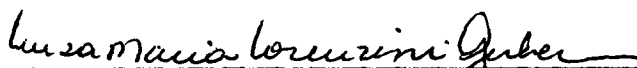
**O PLANTÃO SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: UM ESTUDO
APROXIMATIVO SOBRE A PRÁTICA PROFISSIONAL**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi submetido ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do **Título de Bacharel em Serviço Social** e aprovado, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Graduação em Serviço Social.

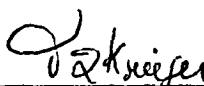
BANCA EXAMINADORA:



Prof.^a Dr.^a Ana Maria Baima Cartaxo – Orientadora, UFSC



Membro: Prof.^a Luiza Maria Lorenzini Gerber



Membro: Prof.^a Dr.^a Tânia Regina Krüger

**Florianópolis
2007.1**

A DEUS, soberano, justo e bom; aos meus pais, Julio e Terezinha, exemplos de persistência e honestidade, pelo apoio e dedicação destinados a mim, de maneira incondicional.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente à **DEUS**, por toda força nesta trajetória. Pela fé, perseverança e saúde que me possibilitaram a concretização de mais este ideal.

Aos **meus pais**, por todo apoio e compreensão nesses quatros anos. Por tudo que são, pelos importantes valores repassados a mim em minha educação. Pelo amor e por serem grandes motivadores dos meus estudos, sempre me incentivando e não deixando que eu desistisse de seguir em frente. Se concluo mais essa etapa de minha vida, devo isso, também a vocês!

Aos **meus familiares** pelo amor e compreensão que destinam a mim, em especial, às minhas tias Sandra e Zilma e primo (as): Muriel, Karine e Fernandinho! Adoro vocês!

Aos **meus amigos do curso**: Talita, Josi, Adry, Adriana e Yuri. Também àqueles que participaram um pouco da minha vida! Obrigada pessoal, vocês são insubstituíveis!

À todas as minhas **colegas de turma** que contribuíram para troca de experiências e saberes importantes para meu aprendizado. Obrigada pelas discussões, debates e trocas que só me acrescentaram.

A todos os **professores do departamento** de Serviço Social que contribuíram para minha formação, compartilhando seus conhecimentos e saberes, mas também com experiências de vida. A vocês o meu carinho, admiração e respeito.

Também cabe aqui agradecer, particularmente as **professoras** Luiza Gerber e Maria Tereza dos Santos pela atenção e por se demonstrarem prestativas quanto a averiguação de documentos, textos e informações importantes para meu trabalho.

À minha **supervisora de campo**, Simone Matos Machado, pelo ensino da prática profissional, pela disposição e atenção durante o período que compreendeu meu estágio obrigatório.

Às colegas que desenvolveram estágio na ULS do Saco Grande: Débora, Fernanda, Moanna e Cleidia que me ajudaram muito na concretização deste trabalho, me fornecendo valiosas informações e material para análise. Valeu pela colaboração!

Aos funcionários do departamento, em especial à **Rosana Gaio**, que sempre nos atende como muita prestatividade e carinho, tendo sempre uma resposta amiga para nossas inquietações e problemas.

À minha **orientadora** Dr^a. Ana Maria Baima Cartaxo, por ter compartilhado comigo parte de seu conhecimento e por ter encaminhado de forma competente o processo de orientação mesmo com tantos compromissos e afazeres profissionais. Também, por não privar de minha liberdade e possíveis ousadias, mas sempre me informando sobre as conseqüências dessas atitudes. Obrigada por tudo!

Enfim, a todos que direta ou indiretamente me ajudaram a crescer profissionalmente e como pessoa.

Muito obrigada!

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso aborda a prática profissional em plantões no intuito de instigar a reflexão sobre esse espaço, historicamente permeado por ações profissionais destituídas de crítica. Para tanto, realizou-se um processo de reflexões e análises iniciadas com a experiência do estágio curricular obrigatório na Unidade Local de Saúde (ULS) do Saco Grande, onde se situa o projeto plantão social. Buscou-se, nesse intento, compreender as particularidades do plantão social situado no âmbito dos serviços e ações de saúde atentando para o conceito ampliado de saúde assegurado na Constituição de 1988, que legitima a atuação do serviço social no setor. Apreendeu-se também a trajetória histórica do serviço social na saúde e sua inserção nas ações e serviços concernentes ao SUS. Também se inferiu para análise das expressões da questão social emergentes no cotidiano da prática do profissional na saúde. Especificamente sobre a pesquisa, buscou-se a partir da caracterização do perfil e das demandas dos usuários atendidos no plantão, juntamente como as reflexões das estagiárias de serviço social que desenvolveram suas atividades no plantão social, analisar a importância desse projeto para contemplar os princípios norteadores do SUS, dentre eles o da universalidade, equidade e integralidade. Nesse intuito pode-se constatar a relevância do plantão social nesta unidade no sentido de conferir a integralidade das ações de saúde situando o assistente social como profissional partícipe do processo de promoção e proteção da saúde. No âmbito específico da profissão, verificou-se que muitos são os desafios para materialização do projeto ético-político da categoria, entretanto um profissional competente, sintonizado às mudanças na sociedade torna-se capaz de realizar um trabalho mais conseqüente, mediatizado por ações que prevêm além da garantia dos direitos de cidadania a plena emancipação dos sujeitos sociais.

Palavras-chave: plantão social, prática profissional, projeto ético-político, competências profissionais.

“Não me envergonho de corrigir meus erros e mudar as minhas opiniões, porque não me envergonho de raciocinar e aprender.” (Anônimo).

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Atendimentos conforme o sexo.....	62
Gráfico 2 – Faixa etária dos usuários atendidos.....	63
Gráfico 3 – Usuários atendidos conforme o grau de escolaridade.....	64
Gráfico 4 – Usuários atendidos segundo o estado civil.....	65
Gráfico 5 – Situação ocupacional dos usuários atendidos.....	66
Gráfico 6 – Renda dos usuários atendidos.....	67
Gráfico 7 – Demandas apresentadas pelos usuários no plantão social.....	68

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	10
I A POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA NA GARANTIA DO DIREITO.....	14
1.1 Trajetória da política de Saúde no século XX: do sanitarismo campanhista ao direito constitucional.....	14
1.2 A Constituição de 1988 e o direito à saúde.....	22
1.3 Sistema Único de Saúde: regulamentação, implantação e direcionamentos da política de saúde no governo Lula.....	25
II O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE.....	34
2.1 Intervenção profissional na política de saúde brasileira.....	34
2.2 Questão Social e interfaces com a saúde.....	43
III ANÁLISE DA AÇÃO PROFISSIONAL NA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIRRO SACO GRANDE.....	51
3.1 Unidade Local de Saúde do Saco grande e inserção do Serviço Social.....	51
3.2 Problematicando a prática do plantão social no Serviço Social.....	54
3.2.1 O plantão social na Unidade de Saúde do bairro Saco Grande.....	58
3.2.2 Perfil dos usuários e suas respectivas demandas.....	61
3.2.3 Intervenção Profissional à luz do projeto ético-político profissional: possibilidade e limitações.....	69
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
REFERÊNCIAS.....	85
ANEXO.....	91

APRESENTAÇÃO

Este trabalho de Conclusão de Curso é resultado da experiência de Estágio Curricular Obrigatório do curso de Serviço Social realizado na Unidade Local de Saúde do bairro Saco Grande. Unidade, esta, que recebe alunos da graduação e do curso de especialização da saúde possibilitada pela Rede Docente Assistencial (RDA) / UFSC.

Dentre os diversos projetos desenvolvidos pelo Serviço Social nesta ULS, minha opção pelo Plantão Social adveio do fato de ter direcionado meus estudos e compreensão neste espaço de apreensão da prática profissional, quando estagiária do Serviço Social no período de setembro a dezembro de 2006. Nesse período realizei uma pesquisa com o intento de resgatar alguns pontos essenciais referentes à compreensão deste espaço da ação do Assistente Social, observando nesta análise as premissas inscritas no projeto ético-político, assumido pela categoria na contemporaneidade. Esse propósito foi definido como objetivo de estudo desse trabalho no sentido de analisar criticamente esse espaço profissional à luz desses profissionais na visão das estagiárias e a partir da identificação do perfil e das demandas trazidas pelos usuários.

A monografia resultante desse trabalho foi fruto, portanto, dessa pesquisa que se caracterizou como documental e bibliográfica. Compreendeu a análise de documentos de fontes primárias que subsidiaram a caracterização do perfil dos mesmos usuários e de suas demandas. Estas fontes são assim definidas:

- Prontuários - fichas de atendimento/acolhimento dos usuários. (Anexo 1) e respectivas folhas de evolução dos casos;
- Relatórios finais de estágio das alunas de Serviço Social;
- Dados estatísticos oficiais. (IBGE, DATAPREV) e;
- Relatórios oficiais do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde.

E de fonte secundária, ou seja, bibliográfica, correspondendo a revistas técnicas, livros, Trabalhos de Conclusão de Curso e de Dissertação de Mestrado concernentes à Política de Saúde, Serviço Social na Saúde e Prática Profissional.

A natureza da pesquisa é definida como quali-quantitativa, uma vez que, esses dois tipos de abordagem são apreendidos como complementares e convergem para um melhor

conhecimento do problema, o qual se deseja explorar (MINAYO, 2001). Assim, os dados quantitativos foram analisados, complementarmente, com outras informações advindas da observação direta quando estagiária na Unidade Local de Saúde acima mencionada.

Quanto aos instrumentos e técnicas para compor o perfil dos usuários atendidos no plantão social utilizou-se a coleta de informações obtidas nas fichas de atendimento/acolhimentos dos usuários atendidos no Plantão Social que se encontram atualmente arquivadas em prontuários individuais organizados por ordem alfabética. Essa coleta foi realizada no período em que compreendeu ao estágio da acadêmica, no período anteriormente referido. Naquele momento foram atendidos 48 usuários o que correspondeu a 58% do total de fichas arquivadas. Em relação às demandas apresentadas pelos usuários pretendeu-se expandir esse universo para análise de 67 prontuários compreendendo também os atendimentos realizados pelas primeiras estagiárias de Serviço Social que atuaram no projeto. Esse número correspondeu a 90% do total de atendimentos já realizados.

Essa pesquisa foi formulada a partir da observância de que uma ação profissional de qualidade e condizente com os princípios norteadores da profissão passa por uma atitude investigativa que, antes de qualquer coisa, pretende conhecer a realidade da população que atende para poder direcionar a esta demanda um encaminhamento comprometido com suas necessidades. Neste sentido, a pesquisa torna-se instrumento fundamental na construção de conhecimentos assumindo para as profissões de intervenção o duplo papel de garantia de uma intervenção inovadora e crítica, e da produção de mais valias teóricas, fundamentais para o avanço do conhecimento da realidade profissional (FERREIRA, 2004).

Em relação ao processo que compreendeu a coleta de dados dos prontuários constatou-se que nem sempre as fichas de atendimento eram devidamente preenchidas pela equipe de Serviço Social, o que dificultou em parte a coleta de informações pertinentes a composição do perfil do usuário atendido no plantão social. Nesses casos, por intermédio do acesso ao sistema informatizado da unidade de saúde obtiveram-se algumas informações como idade, grau de instrução e ocupação. O item renda embora não contemplado na ficha de atendimento pôde, muitas vezes, ser apreendido no relato da situação descrita no mesmo documento.

Para concretização dos objetivos desse trabalho, também se procedeu com a análise das percepções das estagiárias que atuaram no plantão social da ULS do Saco Grande no período compreendido entre 2006 e 2007. Para isso, optou-se pela análise dos relatórios finais de estágio das alunas que desenvolveram suas atividades no plantão social desta ULS, compreendendo, ser este, um material de grande relevância crítica das estagiárias e que

exprime a realidade observada no atendimento ao usuário. Mais que isso, pois agrega reflexões profundas acerca do processo de formação profissional trazendo em cena a relação teoria/ prática na perspectiva de uma atuação profissional qualificada.

O universo investigativo contemplou os relatórios finais de alunas que realizaram o estágio obrigatório quando da implantação do projeto Plantão Social na ULS Saco Grande (final de 2005) até o semestre 2006/2. Assim, foram analisados os relatórios finais de 04 estagiárias.

Também se utilizou a observação direta para compor parte das reflexões efetuadas nesse trabalho. De acordo com Marconi & Lakatos (1982, p. 65) a “observação é uma técnica de coleta de dados para conseguir informações e utilizar os sentidos na obtenção de determinados aspectos da realidade”.

Quanto à estrutura deste trabalho, o primeiro capítulo versou sobre a política de saúde brasileira na garantia do direito atentando, neste sentido, para a concepção de saúde nas diversas conjunturas sócio-políticas e econômicas, perpassando todo o século XX até o direito à saúde na contemporaneidade. Neste intento, realizou-se a análise da política de saúde até a década de 80, onde se destaca a efervescência do movimento sanitária e suas proposições para a qualidade dos serviços e ações pertencentes ao campo da saúde. Na seqüência, é abordada a política de saúde tal como apresentada na Constituição de 1988, destacando o que ocorreu de novo nessa esfera comparando às décadas precedentes. Também, será apresentada a política do Sistema Único de Saúde, sua regulamentação, o processo de implantação e, por conseguinte, os direcionamentos da política no século XXI, atentando para os avanços e retrocessos evidenciados no governo Lula.

No segundo capítulo, explana-se sobre o Serviço Social na área da saúde considerando os direcionamentos da prática profissional nas diversas conjunturas históricas, bem como a legitimidade de sua intervenção na saúde pública com a implantação do SUS na década de 90. Neste mesmo capítulo, também se procede com a análise da questão social e sua interface com a saúde, de forma a identificar os principais obstáculos da política de saúde na sociedade contemporânea, bem como os obstáculos colocados ao assistente social como profissional inscrito nos serviços pertencentes à saúde.

No terceiro e último capítulo, aborda-se a experiência de atuação profissional no projeto plantão social da ULS do Saco Grande identificando, a partir do perfil dos usuários e das reflexões das estagiárias de Serviço Social sobre a prática interventiva neste espaço, os

avanços e obstáculos evidenciados pelas mesmas no desenvolvimento da atividade cotidiana. Essa análise foi feita em diálogo com as premissas do projeto ético-político profissional.

Por último, faz-se algumas considerações sobre a intervenção do profissional no plantão social situado na área da saúde, convergindo para análise quanto a importância ou não deste projeto que se desenvolve na ULS já mencionada.

A relevância desse trabalho reside ainda em seus objetivos práticos de subsidiar os futuros profissionais/estagiários que vierem a atuar no plantão social da ULS do Saco Grande sobre a realidade daqueles que procuram o projeto bem como os desafios a serem ultrapassados na concretização da efetivação da política de saúde na perspectiva do direito. Atentando, neste sentido, para a importância de refletir sobre a prática profissional consonante como os direcionamentos do projeto ético-político assumido pela categoria profissional no intuito de concretizá-los no espaço institucional em que o Assistente Social se insere.

I A POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA NA GARANTIA DO DIREITO

1.1 Trajetória histórica da política de saúde no século XX: do sanitarismo campanhista ao direito constitucional

Até os anos 1930, a atuação do Estado Brasileiro, no que se refere à saúde, esteve voltada, principalmente para garantir o desenvolvimento econômico agro-exportador frente às epidemias e endemias que assolavam o país neste início de século. O que se exigia do sistema de saúde era uma política de saneamento dos espaços de circulação de mercadorias e a erradicação ou o controle de doenças que poderiam prejudicar a exportação. Nesse contexto, o modelo hegemônico de saúde praticado pelo Estado brasileiro do final do século XIX até metade da década de 1960 era o sanitarismo campanhista. (ALMEIDA, CHIORO, ZIONI, 1995).

Diante desse cenário, o modelo sanitarista campanhista praticado, visava ao controle das doenças por meio de estruturas verticalizadas de fiscalização e repressão na erradicação das doenças, com a intervenção e a execução de suas atividades nas comunidades e cidades. Foi implantado por eminentes sanitaristas como Oswaldo Cruz (que combateu a febre amarela no Rio de Janeiro em 1903 e dirigiu a Diretoria Geral de Saúde Pública criada em 1904).

Segundo Noronha (1994 e Luz, 1991 apud Nogueira, 2002), as ações em torno da saúde no início do século XX, apontam que as primeiras iniciativas governamentais de alcance nacional na área já expressavam o rumo e a natureza da intervenção estatal, isto é, já se vislumbravam os traços e os interesses presentes nas opções definidas na época. As crônicas endemias que assolavam o país traziam sérios prejuízos ao setor agro-exportador, fazendo com que o governo tomasse medidas, de ordem imediata, no campo da higiene, com forte autoritarismo e decisões centralizadas.

Nesse período, as ações de saúde foram primeiramente vinculadas ao Ministério da Justiça, por conseguinte, passando ao Ministério da Educação, através do Departamento Nacional de Saúde Pública onde surgiram inúmeros sanatórios para tratamentos de doenças como a tuberculose e hanseníase. Concomitantemente, também foram criados os Departamentos Estaduais de Saúde, precursores das futuras Secretarias Estaduais de Saúde, que embora voltados ao controle de doenças endêmicas e epidêmicas nunca criaram uma situação adequada em termos quantitativos e qualitativos. A criação da fundação SESP, em

1942, possibilitou importante interiorização das ações para o Norte e Nordeste do país, financiadas com recursos internacionais. Finalmente, em 1953, foi criado o Ministério da Saúde, justificado pelo crescimento das ações de saúde pública (ALMEIDA, CHIORO, ZIONI, 1995).

Ao longo das primeiras décadas do século XX, aqueles que necessitavam de assistência médica eram obrigados a comprar os serviços de profissionais liberais ou recorrer ao auxílio das Santas Casas de Misericórdia, destinadas ao tratamento e amparo dos indigentes e pobres. O processo de industrialização desencadeado a partir de 1920 provocou, progressivamente, um esvaziamento das ações campanhistas e um importante crescimento da atenção médica através da Previdência Social contribuindo para conformação de um novo modelo na saúde: o modelo médico assistencial-privatista.

Segundo Nogueira (2002), a assistência médica individual, iniciada com a mediação previdenciária foi uma das primeiras formas de regulação da mão-de-obra, através da intermediação estatal. Foi centrada na necessidade de garantir a reprodução e a força de trabalho, sob o impulso e pressão dos grupos organizados de trabalhadores, que se concentravam nos centros industriais em expansão.

Assim, em 1923, foi criada a primeira Caixa de Aposentadoria e Pensões (CAP), destinada, primeiramente, aos ferroviários e, posteriormente, conquistada por outras categorias profissionais com maior poder de mobilização e pressão. As CAPs eram organizadas por empresas e administradas e financiadas por empresários e trabalhadores, ou seja, por recursos de ordem bipartite. A expansão das CAPS, durante a década de 30, embora agregassem relevantes categorias profissionais ligadas à indústria não integrou a grande maioria da população que permanecia excluída do acesso aos serviços de saúde, restando-lhes a desassistência, a compra de serviços privados ou o amparo das instituições de beneficência. (ALMEIDA, CHIORO, ZIONI, 1995).

A partir do Estado Novo de Getúlio Vargas, teve início a implantação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), estruturados por categorias profissionais e não por empresas como as CAPs. Os recursos financeiros dos IAPs passaram a ser tripartite (Estado, empresa e trabalhadores). Enquanto nas CAPs, a assistência médica era uma atribuição central e obrigatória; nos IAPs, ela assumiu caráter secundário, ou seja, o que se objetivava naquele momento era a contenção de gastos e desenvolvimento da indústria, num regime de capitalização. Conforme Almeida, Chioro, Zioni (1995 p. 23) a “capitalização da Previdência

transformou-a em sócia privilegiada do Estado, das empresas estatais que começaram a surgir e das empresas privadas que destas dependiam”.

As CAPs e, posteriormente, os IAPs, constituíram-se:

[...] nos embriões da política previdenciária, que se fortaleceu pautada no modelo securitário alemão [...] consolidando um ideário favorável à uma relação pacífica entre trabalhador e empregado, na construção da ordem capitalista meritocrática brasileira” (NOGUEIRA, 2002, p. 145).

Em 1933, foi criado o primeiro IAP contemplando a categoria dos marítimos, seguindo-se o dos comerciários e bancários (1934), o dos industriários (1936) e dos servidores do Estado e trabalhadores em transporte de cargas (1938).

A conjuntura da década de 30 tem como indicadores mais visíveis o processo de industrialização, a redefinição do papel do Estado, o surgimento das políticas sociais, além de outras respostas às reivindicações dos trabalhadores. Tal cenário possibilitou o surgimento de políticas sociais nacionais que respondessem às necessidades dos trabalhadores de forma orgânica e sistemática. No que se refere às questões de saúde, estas necessitavam transformar-se em questão política, com a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem, de algum modo, os assalariados urbanos. Esse processo teve como características principais a aceleração da urbanização e ampliação da massa trabalhadora, em precárias condições de vida (BRAVO, 2006).

Tendo em vista os problemas que emergiam na sociedade brasileira deste período, desencadeados pelo intenso processo de migração das populações rurais para os centros urbanos, incentivado pela oferta de trabalho assalariado nas grandes indústrias que se expandiam, atentou-se para a necessidade de intervenção do Estado nos problemas sociais decorrentes da questão social a fim de garantir o desenvolvimento econômico e a manutenção da ordem social. Assim, a política de saúde formulada nesse período era organizada em dois subsetores: o de saúde pública e a da medicina previdenciária.

Durante o governo Vargas e o de JK, os IAPs tiveram considerável ampliação de sua estrutura, principalmente a hospitalar. A grande maioria dos hospitais públicos brasileiros foram construídos nesse período, juntamente com adoção do modelo de saúde americano, de alto custo, favorecendo o fortalecimento da indústria de medicamentos e de equipamentos hospitalares.

A partir desse panorama, percebeu-se que o sanitarismo campanhista não mais respondia às necessidades de uma economia industrializada. A acelerada migração da população do campo para as cidades fez com que crescesse a massa operária e consequentemente aumentasse a demanda por assistência médica. Especialmente, em 1950, o Estado se via tendo que arcar com investimentos na área social de forma a manter as necessidades básicas da classe operária e manter o crescimento econômico. Contudo, esse gradativo investimento no social, não contemplava todos os seguimentos da população que estando à margem do mercado formal, não poderiam gozar dos mesmos direitos (onde se destaca a saúde) do que os trabalhadores cobertos pelo sistema previdenciário.

Em 1960, foi aprovada a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), que garantiu a uniformização dos benefícios. Porém, as condições para a implantação do novo modelo surgiram com a instauração da ditadura militar em 1964.

Entre 1954 e 1964, o modelo assistencial-privatista se expandiu, conformando-se num desenho que é denominado por Wanderley (1979) de *cidadania regulada*. Assim, a regulação apresentava uma dupla face: regulava o ingresso no mercado de trabalho e o acesso aos benefícios, o qual era definido pelo status ocupacional.

Em 1966, os IAPs foram concentrados num único órgão, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), uniformizando benefícios bastante diferenciados entre as categorias profissionais. A unificação da Previdência Social se deu atendendo a duas características fundamentais: o crescente papel interventivo do Estado na sociedade e o alijamento dos trabalhadores do jogo político, com sua exclusão¹ na gestão da previdência, ficando-lhes reservado apenas o papel de financiadores.

A criação do INPS, ao unificar os antigos IAPs, constituiu-se na modernização da máquina estatal, aumentando seu poder regulatório sobre a sociedade, além de representar um esforço de desmobilização das forças políticas estimuladas no período populista. Tratava-se, portanto, de uma reorientação das relações entre Estado e classes trabalhadoras. (BRAVO, 2006)

A criação do INPS, segundo Almeida, Chioro, Zioni (1995 p. 24) teria desencadeado processos como:

¹ Antes da unificação dos IAPs no INPS, cada IAP era gerenciado por um Conselho Administrativo formado por representantes: empresários, trabalhadores e governo.

- Extensão da cobertura previdenciária para a quase totalidade da população urbana e rural;
- Privilegiamento da prática médica curativa individual, assistencialista, em detrimento da saúde pública;
- Criação de um complexo médico-industrial;
- Organização do sistema de saúde orientado pela lucratividade e realização de privilégios para o produtor privado de serviços de saúde.

Contudo, ao mesmo tempo em que se ampliava a cobertura, o caráter discriminatório da política de saúde se evidenciava nas desigualdades quanto ao acesso, à qualidade e à quantidade de serviços destinados às populações urbanas e rurais. O direito à saúde ainda estava diretamente atrelado ao emprego formal, portanto, grande parcela da população brasileira vinculadas ao campo, sem esquemas públicos de proteção social aliada aos jovens não empregados, idosos sem aposentadoria, empregados de setor informal e os desempregados compunham um segmento situado à margem do acesso aos serviços de saúde. (NOGUEIRA, 2002). Configurou-se, neste período, um esquema de proteção social corporativo e meritocrático, comportando um grau acentuado de exclusão social.

Em 1974, ocorre a separação da área do trabalho - até então responsável pela assistência médica do país - da área da previdência, com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Neste momento, através do Plano de Pronta Ação (PPA) o atendimento de urgência e emergência foi estendido aos não-previdenciários. O Fundo de Apoio e Desenvolvimento Social (FAS), criado neste mesmo período, foi utilizado para financiar a expansão do parque hospitalar privado. Começaram a surgir ainda, as modalidades supletivas de prestação de serviços, como o convênio-empresa e a Medicina de Grupo.

Em 1977 criou-se o Sistema Nacional da Previdência Social (SINPAS) que, em conjunto com a lei do Sistema Nacional de Saúde (1975) buscava reorganizar, racionalizar e centralizar administrativamente a previdência. Com isso, foram criados, entre outros institutos e órgãos: o *Dataprev* – empresa de processamento de dados com importante papel de controle e avaliação dos serviços; o *Inamps* – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social; e o *Ceme* – Central de Medicamentos.

A lógica desse sistema que caracterizou a década de 70 era pautada: no Estado, como grande financiador da saúde; no setor privado nacional, como prestador dos serviços de atenção médica e; no setor privado internacional, como produtor de equipamentos biomédicos e medicamentos. Porém, o modelo hegemônico médico assistencial-privatista que se apresentava neste período passava por graves problemas em decorrência da crise financeira

oriunda de fraudes no sistema previdenciário, da exclusão de parcelas expressivas da população, da piora do quadro econômico pós-milagre² e do reaparecimento de atores dispostos a lutar pelo resgate da dívida social acumulada pela ditadura (ALMEIDA, CHIORO, ZIONI, 1995).

Nesse momento, em que o modelo vigente de atenção à saúde entra em crise, em meados da década de 1970, exigiu-se do governo federal, alterações para manter o apoio político ao regime que apresentava fissuras e alto grau de impopularidade. O governo tentou politizar o setor da saúde, admitindo sua crise e implementando iniciativas que reduzissem o clamor popular e, ao mesmo tempo, revertissem a situação de desgaste político. Entretanto, “as manifestações de desagrado perduraram, furaram o cerco da censura e assumiram múltiplas formas de expressão, encenadas por atores políticos diferenciados” (NOGUEIRA, 2002, p. 147).

Em 1978, no âmbito internacional, surgiu a proposta internacional de priorização da atenção e dos cuidados primários à saúde, acordada na Conferência Mundial de Saúde de Alma-Ata, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS). No Brasil esta proposta coincidiu com a necessidade de expandir a atenção médica, a partir de um modelo de baixo custo para as populações excluídas, especialmente àquelas que viviam nas periferias das cidades e zonas rurais.

Pode-se dizer que no período de 1974 a 1979 as reformas realizadas na estrutura organizacional não conseguiram reverter a ênfase da política social, caracterizada pela predominância da participação da Previdência Social, através de ações curativas, comandadas pelo setor privado.

No início da década de 1980 eclodiu a anunciada crise da Previdência Social tendo como principais causas: o *fator econômico*, uma vez que, parte da verba destinada para previdência estava sendo empregada em serviços e obras privadas de saúde; o *fator ideológico*, em virtude da proposta do Prev-Saúde (Programa Nacional de Serviços Básicos de

² “O milagre brasileiro” foi um fenômeno observado no período ditatorial, primordialmente, no período compreendido entre 1968 e 1974 e que se caracterizou por uma fase de crescimento acelerado do Produto Interno Bruto (PIB), marcando um período de crescimento do capitalismo. De acordo com Singer (1980) apud Iamamoto (2001), o significativo crescimento foi possível com a liberação do crédito, pelo governo, a partir de 1968, após vários anos de recessão. Segundo o mesmo autor, a ocorrência do “milagre” só foi possível mediante a repressão das tensões sociais que permitiram o estabelecimento de medidas importantes na transformação das relações de trabalho. Nesse âmbito, destaca-se a nova política de arrocho salarial e a substituição do sistema de estabilidade no emprego pelo fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS). Em consequência, a política social se colocou como estratégia para atenuar seqüelas do desenvolvimento do capitalismo monopolista no país, marcado pela superexploração da força de trabalho e pela forte concentração de renda.

Saúde), que tinha como principal objetivo ampliar o acesso à saúde a toda população, através da universalização do atendimento primário à saúde e também da parceria entre entidades públicas e privadas; e do *fator político-institucional*, com a criação do Conasp, que serviria como órgão fiscalizador e controlador dos recursos financeiros da Previdência Social. (ALMEIDA, CHIORO, ZIONI, 1995).

Nesse mesmo período, a sociedade brasileira, ao mesmo tempo em que vivenciou um processo de democratização política superando o regime ditatorial, experimentou uma profunda e prolongada crise econômica que persiste até os dias atuais. Vislumbra-se no campo da saúde a participação de novos sujeitos sociais nas condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. Nas palavras de BRAVO (2006, p 95) a “Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia”.

Dos personagens que entraram em cena nessa conjuntura, destacam-se os profissionais de saúde, que ultrapassando as barreiras do corporativismo, defenderam questões mais gerais como a melhoria da situação da saúde e o fortalecimento do setor público. Insere-se também neste cenário: o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da saúde e democracia; os partidos políticos de oposição, que começaram a colocar nos seus programas a temática e viabilizaram debates no Congresso para discussão da política de saúde e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil.

Dentre as propostas debatidas por esses sujeitos coletivos destacam-se:

[...] a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde (BRAVO, 2006 p. 96).

Conforme Paim (1999), a Reforma Sanitária Brasileira constituiu uma proposta abrangente de mudança social e ao mesmo tempo, um processo de transformação da situação

previdenciária representando por um lado a indignação contra as precárias condições de saúde, o descaso acumulado, a mercantilização do setor, a incompetência e o atraso e, por outro, a possibilidade da existência de uma viabilidade técnica e uma possibilidade política de enfrentar o problema.

De acordo com Almeida, Chioro, Zioni (1995), a luta do Movimento Sanitário reuniu intelectuais, profissionais da área da saúde, organizações, associações e objetivava a transformação do sistema e das condições de saúde da população brasileira, lutando pela saúde como valor universal baseado na equidade, o que necessitaria de uma reformulação do sistema. Dessa forma, visava um sistema de saúde mais democrático, ou seja, menos subordinado aos interesses empresariais e com melhores condições de atendimento à população.

Em 1987, o Conasp permitiu o surgimento das Ações Integradas de Saúde (AIS). Segundo Pereira (1995 apud Martini, 2006, p.07), as AIS, “enquanto política de saúde constituíram-se como estratégia à descentralização, possibilitaram a expansão da capacidade instalada da rede pública, [...] organizaram as comissões interinstitucionais de saúde”, mas não deram conta da demanda posta nem possibilitaram a descentralização efetiva, já que o governo federal continuava sendo o centro do poder decisório.

Assim, foi em meio a esse quadro de crise do sistema previdenciário e discussões acerca de um política de saúde de acesso universal que em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária foram sistematizados adquirindo as seguintes proposições: o conceito ampliado de saúde, o reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado, a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), a participação popular, a constituição e ampliação do orçamento social.

O resultado central da VIII CNS constituiu o estabelecimento de um consenso político que permitiu a formatação do Projeto da Reforma Sanitária, caracterizada por três aspectos principais: o conceito abrangente de saúde, a saúde como direito de cidadania e dever do Estado e a instituição de um Sistema Único de Saúde.

Em 1987, levando em considerações as propostas apresentadas na VIII CNS, deu-se início ao processo de elaboração da nova Constituição Federal e criou-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que veio a substituir as AIS. A implantação do SUDS, em 1988, dá início a uma reforma administrativa da Previdência Social e retira do Inamps a responsabilidade pelas ações e serviços de saúde (WIESE, 2003). Por este sistema, as

superintendências estaduais do Inamps passaram a ser dirigidas pelos secretários estaduais de Saúde. O SUDS incorporou os princípios da Reforma Sanitária e preparou a transição para o SUS, porém não superou o clientelismo, o corporativismo das relações entre Estado e Sociedade e acabou reforçando os mecanismos de universalização excludente (PEREIRA, 1997).

Em 1988, o texto Constitucional resultou dos acordos possíveis, dentro do Congresso Nacional, entre diferentes atores sendo defendido por um grupo de parlamentares apoiado pelo Movimento da Reforma Sanitária. Esta adesão às reivindicações do movimento integrando a saúde no campo do direito universal, possibilitou que a Constituição de 1988 fosse reconhecida internacionalmente como referência de política de saúde e base jurídico-constitucional.

Portanto, iremos a seguir analisar a base de legitimidade que propiciou a efetiva construção de um Sistema Único de Saúde respaldado, sobretudo, no direito universal e eqüitativo aos serviços e ações de saúde.

1.2 A Constituição de 1988 e o direito à saúde

A Constituição de 1988, a partir de suas proposições abrangentes de acesso e cuidado a saúde representa um marco na saúde pública brasileira na medida em que insere no campo do direito à saúde todas as pessoas independente de qualquer questão econômica, social ou cultural, pondo fim uma larga experiência histórica de descaso e exclusão social:

O processo constituinte e a promulgação da Constituição de 1988 representou, no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social. A constituição federal introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, incapaz de universalizar direitos, tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes (BRAVO, 2006, p. 96-97).

A Assembléia Constituinte, com relação à Saúde, transformou-se numa arena política em que os interesses se organizaram em dois blocos polares: de um lado os grupos empresariais representados por hospitais privados e multinacionais do ramo farmacêutico; de

outro, as forças propugnadoras da Reforma Sanitária representadas pela Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte (BRAVO, 2006).

O texto constitucional, com relação à saúde, após vários acordos políticos e pressão popular, atende em grande parte às reivindicações do movimento sanitário, prejudica os interesses empresariais do setor hospitalar e não altera a situação da indústria farmacêutica (BRAVO, 2006). Os principais aspectos aprovados na nova Constituição foram:

- O direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/ não-segurado, rural/urbano;
- As ações e Serviços de Saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle;
- Constituição do Sistema Único de Saúde, integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade;
- A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos [...];
- Proibição de comercialização de sangue e seus derivados (TEIXEIRA, 1989, p. 50-51).

Com isso, a Constituição de 1988 marca o rompimento com as práticas até então vigentes de atenção à saúde incorporando em seu texto conceitos, princípios e uma nova lógica de organização da saúde, expressos nos artigos 196 a 200 (ALMEIDA, CHIORO, ZIONI, 1995).

No texto Constitucional, artigo nº. 196, a saúde passa a integrar conjuntamente com a previdência e assistência social o campo da Seguridade Social. A saúde também se insere como um direito de cidadania, abrangendo todos os cidadãos brasileiros, indiscriminadamente. Prevê assim, o acesso igualitário às ações e serviços direcionados à promoção, proteção e recuperação da saúde. E, ao Estado, cabe o dever de garantir esse direito a todos. De acordo com Nogueira (2002, p. 154) “pode-se identificar neste modelo o reconhecimento da interferência estatal como um imperativo para a garantia dos direitos sociais”.

De acordo com a mesma autora:

O reconhecimento da saúde como um direito social, e a apreensão de sua garantia como um dever do Estado, ultrapassa uma abordagem limitada e centrada em um discurso acrítico e valorativo. Supera-se uma visão que atribui às políticas sociais o papel de reduzir as injustiças sociais [...] Define ainda, de maneira radical que, enquanto direito, a pretensão do dever de cumpri-lo é do Estado, sendo reconhecido que a saúde não pode ser um bem ou serviço factível de troca no mercado. Como um bem não mercantil, supõe a sua desmercadorização para sua garantia com as conseqüentes implicações na esfera da política e da economia (NOGUEIRA, 2002, p.156).

De acordo com os pressupostos contidos no artigo 196 da Constituição federal, o artigo 198 delinea outros pontos que sedimentam o direito social à saúde dando-lhe uma indicação da estrutura organizacional dos serviços pertinentes ao campo da saúde, como se observa abaixo:

As ações e serviços de Saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
 - II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
 - III – participação da comunidade
- (BRASIL, 2004, p.128).

A unificação das distintas instituições, sob um comando único, desencadeou um processo de desativação de organizações poderosas como INAMPS, vinculado ao Ministério da Previdência e Assistência Social e outras instituições. Tal unificação ocasionou também a possibilidade de superação do modelo de atenção médica curativa. No tocante à descentralização dos poderes políticos e programáticos no Brasil, além da descentralização financeira favoreceu a possibilidade do controle social. Em torno da integralidade da atenção, inscrita neste mesmo artigo constitucional, atenta-se para o reconhecimento do todo indivisível que cada pessoa representa, isto é, como sujeito inserido em determinado contexto social envolto a diversos fatores que influi direta ou indiretamente nas relações saúde/doença. Por fim, a participação da comunidade nos serviços e ações de saúde possibilitou a redução dos mecanismos de cooptação e clientelismo. Assim, o controle social passa a ser visualizado como importante instrumento de fiscalização da sociedade sobre o Estado na medida em que contribui para efetivação e garantia de serviços e ações de saúde na perspectiva contemplada na Constituição de 1988 (NOGUEIRA, 2002).

Embora a promulgação da Carta Constitucional datasse de 1988, foi somente em 1990 que se iniciou o processo de implantação do Sistema Único de Saúde respaldado em um novo arcabouço político representado pela (as):

- ✓ Considerações apresentadas na Constituição de 88;
- ✓ Constituições Estaduais;
- ✓ Leis Orgânicas Municipais;
- ✓ Lei nº. 8080/90 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências e;
- ✓ Lei nº. 8142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

(ALMEIDA, CHIORO, ZIONI, 1995).

A seguir, abordar-se-á a política de Saúde inscrita no texto Constitucional a partir do processo de regulamentação e implantação do Sistema Único de Saúde ponderando, ainda, para os desafios dessa política frente às ofensivas neoliberais, caracterizadas pelas ondas de Reforma do aparelho estatal desencadeada a partir da década de 90. Tal fato tem se traduzido na gradativa perda de autonomia e soberania do Estado e de seu papel como instituição regulamentadora e efetivadora de políticas públicas e sociais.

1.3 Sistema Único de Saúde: regulamentação, implantação e direcionamentos da política de saúde no governo Lula

De acordo com o artigo nº. 4 da lei federal nº. 8080, o SUS pode ser definido como o “conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições Públicas Federais, Estaduais e Municipais, da Administração Direta e Indireta e das Fundações mantidas pelo Poder Público” e complementarmente, [...] pela iniciativa privada” (BRASIL, 2007a, p. 02).

Podendo ainda ser entendido, como uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e das ações de saúde.

O conceito de saúde, descrita nessa mesma lei, a situa dentro de um contexto amplo em que se insere o indivíduo atentando para sua condição de sujeito social. Com isso, concebe-se que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

O SUS, portanto, deve ser entendido em seus objetivos finais, isto é, dar assistência à população baseada no modelo da promoção, proteção e recuperação da saúde de forma que sejam procurados os meios – processos, estruturas e métodos – capazes de alcançar tais objetivos com eficiência e torná-los efetivos no Brasil. São estes meios orientados pelos princípios organizativos da regionalização, hierarquização, descentralização, resolutividade, participação social e complementaridade do setor privado.

Sobre o princípio da *hierarquização e regionalização* entende-se que a rede de serviços do SUS deve ser organizada de forma hierarquizada e regionalizada, permitindo um conhecimento maior dos problemas de saúde da população de uma área delimitada. Além disso, compreende a organização dos serviços de saúde em níveis de complexidade crescente, possibilitando o fluxo de referência e contra-referência. Esta divisão se dá em três níveis: Atenção Básica ou primeiro nível de atenção, Atenção de Média Complexidade ou segundo nível de atenção e Atenção de Alta Complexidade ou terceiro nível de atenção.

De acordo com Furlanetto (2004) a atenção básica compreende ações individuais ou coletivas direcionadas à população ou grupos específicos com vistas à prevenção dos agravos, promoção da saúde, tratamento e reabilitação. Situam-se neste nível as unidades básicas de saúde. A atenção de média complexidade compreende um conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares com o objetivo de atender às demandas de saúde que requerem disponibilidade de profissionais especializados. Já a atenção de alta complexidade, integra as redes de assistência emergencial, requerendo o uso de alta tecnologia e serviços que precisam de acompanhamento de usuários hospitalizados.

Já a *descentralização* é entendida como uma redistribuição das responsabilidades pelas ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo. Em suma, refere-se à redistribuição do poder repassando competências e a possibilidade de tomar decisões para

instâncias mais próximas à população num processo que prevê o reforço do poder municipal no tocante à saúde, conhecido como *municipalização*.

O princípio da *resolutividade* é a exigência de que, quando um indivíduo buscar o atendimento ou quando surgir um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo no nível de sua complexidade.

Sobre a *participação social*, esta, aparece como uma garantia constitucional na qual, a população por meio de suas entidades representativas, poderá participar do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução em todos os níveis, desde o federal até o local. Assim, passa a ser um direito que a sociedade organizada tem de influir sobre as políticas de saúde, através dos Conselhos e Conferências de Saúde.

Concluindo o rol de princípios que regem a organização do SUS aqui enunciados, tem-se, ocasionalmente, a *complementaridade do setor Privado* quando por insuficiência do setor público for necessária a contratação de serviços adicionais. Para tanto, os serviços privados deverão estar de acordo com os princípios e normas técnicas do SUS devendo seguir a mesma lógica em termos de posição definida na rede regionalizada e hierarquizada dos serviços. Cabe ressaltar, que devem ter preferência de contratação os serviços não lucrativos conforme determina a Constituição.

Além dos princípios Organizativos, o SUS também se instaura no campo da política de saúde assumindo os seguintes princípios doutrinários: universalidade, equidade e integralidade.

O princípio da *universalidade* garante que todas as pessoas têm direito de acesso aos serviços de saúde público ou privado conveniado independentemente, conforme já citado, de qualquer contrapartida contributiva e/ou questão de cor, raça, religião, local de moradia, situação de emprego, renda, etc. Com isso, deixa de existir a figura do “indigente” para a saúde (brasileiros não incluídos no mercado formal de trabalho).

A *equidade* preconiza que todo cidadão é igual perante o Sistema Único de Saúde devendo ser atendido conforme as suas necessidades. Assim, os serviços de saúde devem saber quais são as diferenças dos grupos da população e trabalhar para cada necessidade, oferecendo mais a quem precisa, diminuindo as desigualdades existentes. Em suma, o SUS deve tratar desigualmente os desiguais.

No tocante ao princípio da *integralidade*, as ações de saúde devem ser combinadas e voltadas, ao mesmo tempo, para a prevenção e a cura. Os serviços de saúde devem funcionar

atendendo o indivíduo como um ser humano integral, submetido as mais diferentes situações de vida e trabalho, que o levam a adoecer e a morrer. Dessa forma, o atendimento deve estar voltado não somente para cura de doenças, mas também no sentido de erradicar suas causas e diminuir os riscos de sua incidência. Assim, é preciso garantir o acesso às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formando, com isso, um todo indivisível. A promoção atua buscando eliminar ou controlar as causas da doença e agravos. A proteção busca ações específicas para prevenir riscos e exposições às doenças, ou seja, para manter o estado de saúde. E a recuperação integra ações que reduzem as possibilidades de morte das pessoas doentes, assim como as seqüelas, atuando sobre os danos.

Em 1990, destaca-se o processo de implantação do SUS materializando as premissas de uma política de saúde universal inscrita no texto constitucional. O país, neste período, apresentava conjuntura econômico-política delineada pela fragilização do papel do Estado, diminuição de seu papel redistributivo, privatização e focalização das políticas para grupos populacionais carentes e excluídos. Essas características sinalizavam um processo de reforma do Estado influenciado pelo diagnóstico de organismos internacionais de financiamento (Banco Mundial, BID e o FMI) que apontavam falhas na política de saúde, principalmente quando se refere ao atendimento das camadas mais pobres da população e a falta de investimentos nas ações de atenção básica.

De acordo com Bresser (1995 apud Bravo, 2006, p. 100):

A Reforma do Estado ou Contra Reforma é outra estratégia e parte do suposto de que o Estado desviou-se de suas funções básicas ao ampliar sua presença no setor produtivo, colocando em cheque o modelo econômico vigente. O seu Plano Diretor considera que há o esgotamento da estratégia estatizante e a necessidade de superação de um estilo de administração pública burocrática, a favor de um *modelo gerencial* que tem como principais características a descentralização, a eficiência, o controle dos resultados, a redução dos custos e a produtividade. O Estado deve deixar de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar o promotor e regulador, transferindo para o setor privado as atividades que antes eram suas. O referido plano propôs como principal inovação a criação de uma esfera pública não-estatal que, embora exercendo funções públicas, devem fazê-lo obedecendo as leis do mercado.

Nesse momento em que se assiste ao redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela política de ajuste neoliberal, observa-se a redução dos direitos sociais e trabalhistas,

desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência, sucateamento da saúde e da educação.

Com relação ao SUS, apesar das declarações oficiais de adesão a ele, verificou-se o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais e uma omissão do governo federal na regulamentação e fiscalização das ações de saúde em geral. A proposta de reforma do Estado para o setor da saúde, era de dividir o SUS em dois – o hospitalar e o básico.

Tal constatação quanto aos impasses para efetivação de uma política de saúde universal, gratuita e de qualidade se evidenciavam no desenvolvimento de iniciativas privadas, caracterizadas pela atenção médica supletiva. Essa modalidade se expandia à custa da perda de qualidade do setor público, fazendo com que este último passasse a ser considerado o sistema dos grupos pauperizados e, o da atenção privada o do grupo mais abastado economicamente. A atenção à saúde se caracterizava, portanto, por uma chamada universalização excludente.

Com base no exposto, muitos desafios foram surgindo em relação ao processo de implantação do SUS, exigindo que instrumentos que garantissem a gestão e operacionalização fossem desenvolvidos. Assim, a primeira norma elaborada neste sentido, foi a NOB/SUS-01/91 onde se estabelecem tanto os aspectos de natureza operacional como aqueles necessários ao gerenciamento dos serviços e ações de saúde estabelecidos pela Constituição de 1988 nos três níveis de governo, além do controle, acompanhamento e fiscalização da aplicação de recursos. Porém, esta norma que foi elaborada e instituída pelo Inamps/MS recebeu acentuadas críticas, particularmente por estabelecer mecanismo convencional de articulação e repasse de recursos e por ser centralizadora, embora se apresentasse como apoio à descentralização e reforço ao poder municipal. (ALMEIDA, CHIORO, ZIONI, 1995).

Frente a essas críticas, a NOB/SUS-01/91 foi modificada e, posteriormente, em 1992 surge a NOB/SUS-01/92 que reafirma a necessidade de continuar avançando no processo de construção e maturação do SUS.

Em 1993, um grupo técnico e político do Movimento Sanitário definiu e assumiu politicamente a luta pela efetiva implantação do SUS, enfatizando a importância da municipalização do sistema. Tal proposição resultou na Norma Operacional SUS 01/93. Conforme expõe Almeida, Chioro, Zioni (1995, p. 47):

Essa norma pode ser considerada como referência no processo de implantação do SUS, visto que procurou, desde aquele momento, sistematizar o processo de descentralização da gestão do sistema e dos serviços, por meio de um esquema de transição, com diferentes níveis de responsabilidade para os Estados e municípios, e por relação, no próprio nível federal.

Entretanto, a implantação desta norma enfrentou muitos obstáculos, explicitados em lutas políticas e inconstitucionais. Com isso, três anos mais tarde, é elaborada a NOB/SUS/01/96 com objetivo de aprimorar e potencializar os avanços e conquistas da NOB/93.

A NOB/96 foi resultado de intenso debate e negociações, com participação das três esferas do governo, cujo resultado foi submetido à apreciação das conferências municipais, estaduais, da X Conferência Nacional de Saúde e do Conselho Nacional de Saúde. Sua implantação se deu somente no início de 1998 com as ações dos municípios, principalmente na condição de gestão plena de atenção básica.

Em 2001 foi editada a Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS) que, segundo o Ministério da Saúde (2001, p.02), tem como objetivo “promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade”. No ano seguinte vislumbra-se a NOAS 2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica. Esta norma estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade, cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e procede a atualização dos critérios de habilitação dos estados e municípios.

Na mesma década em que se observa a edição e implementação das Normas Operacionais Básicas do SUS como importante instrumento de regulação do processo de reorganização da saúde enfatizando o fortalecimento da esfera municipal, o Ministério da Saúde começa a implantar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF) como iniciativas para reorganização da atenção básica, nível que envolve menos custos, descentralizando os investimentos até então concentrados basicamente nas ações de média e alta complexidade.

O PACS foi criado em 1991 e se refere a uma equipe de pessoas – os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) – treinadas, capacitadas e supervisionadas por um profissional de saúde, geralmente enfermeiro, que tem como objetivo proporcionar à população o acesso a

universalização do atendimento à saúde através da descentralização das ações e da priorização das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

De acordo com o Ministério da Saúde (2006) os ACS são residentes na comunidade onde trabalham e acompanham os moradores através de visitas domiciliares, podendo assim, orientar, dar sugestões, apoio, realizar o controle e acompanhar a realização de procedimentos necessários, buscando alternativas para enfrentar as situações problemáticas juntamente com a comunidade e os profissionais da Unidade Local de Saúde.

A partir do Programa de Agentes Comunitários de Saúde é implantado, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários.

Em 1997, o PSF passou a ser considerado uma estratégia – Estratégia de Saúde da Família (ESF). Isso porque sua caracterização como programa seria uma formulação fechada e definida. Já quando se fala em estratégia seria uma sinalização dos caminhos a serem tomados, ou seja, uma definição mais flexível e aberta, dando possibilidades a uma adequação à realidade local. (SANTOS, 2002).

Diante desse quadro observado na década de 90 em relação à saúde, marcado pelo mau uso do dinheiro público no setor e de tentativas de melhoria da qualidade de seus serviços com a criação dos programas acima citados (PSF e PACS), concebe-se a convivência de dois projetos em tensão: o projeto de reforma sanitária, construído na década de 80 e inscrito na Constituição Brasileira de 1988 e; o projeto de saúde articulada ao mercado ou privatista, hegemônico na segunda metade da década de 90. (Bravo, 1999).

Segundo Bravo (2006), o projeto de reforma sanitária é fruto de lutas e mobilizações de profissionais de saúde que subsidiaram a criação de um Sistema Único de Saúde. Tem como preocupação central assegurar que o Estado atue em função da sociedade como responsável pelas políticas sociais, dentre elas a saúde. Já o projeto de saúde articulado ao mercado está pautado na política de ajuste, cuja tendência aponta para contenção dos gastos e insenção da responsabilidade estatal. Cabe ao Estado garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado. Dentre as principais propostas desse projeto privatista se destacam: o caráter focalizado para atender populações vulneráveis, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento.

Percebe-se neste último projeto a negação dos princípios que fundamentam o SUS, primordialmente, no que toca à universalidade do direito, quando expressa concepções individualistas e fragmentadoras da realidade em contraposição às concepções coletivas e universais do projeto contra-hegemônico. Além disso, dissemina uma ideologia que relaciona o que é público à esfera da ineficiência, da burocracia e da morosidade e o setor privado, à esfera da qualidade, rapidez e eficiência.

No século XXI, do governo Lula, atenta-se para manutenção da política macroeconômica, desenvolvida na década anterior; a fragmentação das políticas sociais e sua subordinação à lógica econômica. Frente à expectativa de que o governo Lula fortalecesse o projeto de reforma sanitária, o que se tem observado é a manutenção da polarização entre os dois projetos antagônicos. Ora procura fortalecer o projeto da reforma sanitária e, em outros momentos, mantém o projeto privatista, quando as ações enfatizam a focalização e o desfinanciamento. (BRAVO, 2006)

Para melhor compreensão da política de saúde no governo Lula há de se considerar alguns aspectos de inovação, remetendo às iniciativas condizentes ao projeto sanitário e outros de continuidade do atual governo que, conseqüentemente, têm reforçado o projeto hegemônico.

Bravo (2006) realiza essa reflexão abordando alguns aspectos primordiais na compreensão dos redirecionamentos do Estado em torno da saúde. Aponta como aspectos de inovação do atual governo: o retorno da concepção da Reforma Sanitária que, nos anos 90 foi abandonada; a escolha de profissionais comprometidos com a luta pela Reforma Sanitária para ocupar o segundo escalão do Ministério; as alterações no Ministério da Saúde, com a criação das Secretarias de Gestão do Trabalho em Saúde, de Gestão Participativa e de Atenção à Saúde; a participação do ministro da saúde nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde; a escolha do representante da CUT para assumir a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde e a convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de Saúde³.

Sobre os aspectos de continuidade da política de saúde dos anos 90 ressalta-se, no atual governo, a ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e na falta de vontade pública para viabilizar a concepção de Seguridade Social. Como exemplo de focalização destaca-se a centralidade do Programa de Saúde da

³ A 12ª CNS, realizada em dezembro de 2003, teve como objetivo definir orientações para o plano plurianual de saúde do governo e as principais diretrizes a serem incorporadas ao sistema de saúde. Entretanto, esta, não ampliou o número de participantes e nem avançou no fortalecimento da Reforma Sanitária (BRAVO, 2006).

Família (PSF) por ser mero programa de extensão de cobertura para as populações carentes sem alterá-lo significativamente para que se transforme em estratégia de reorganização da atenção básica. Outro aspecto que se relaciona com a precarização e a terceirização dos recursos humanos refere-se à ampliação de contratação de Agentes Comunitários de Saúde e inserção de categorias não regulamentadas. A polêmica sobre a incorporação dos ACS reside na imprecisão de suas funções, na precarização das contratações e da falta de concurso público para a seleção dos mesmos (BRAVO, 2006).

Aliado a essas questões, também se evidencia a não-viabilização da concepção da Seguridade Social, uma vez que, não há menção nas ações de articulação com as políticas de assistência social e previdência social. Ademais as grandes questões do SUS não estão sendo enfrentadas, como a universalização das ações, o financiamento efetivo, a política de recursos humanos e a política nacional de medicamentos.

Ao analisar a trajetória da política de saúde no Brasil apresentando sua apreensão nas diversas conjunturas sócio-políticas e econômicas, pôde-se observar que até a década de 80 a intervenção do Estado na saúde esteve diretamente condicionada à necessidade de expansão da economia, ora direcionada a classe trabalhadora ligada aos setores mais expressivos da indústria ora destinada à minimização dos conflitos advindos de setores marginalizados da sociedade representados expressivamente por desempregados e trabalhadores do mercado informal. A institucionalização do SUS e sua perspectiva universalizadora marcaram uma proposta de integração da população brasileira de forma incondicional na esfera da cidadania. Entretanto, vários desafios são postos na atualidade a fim de concretizar efetivamente os princípios contemplados na Carta Constitucional. O Serviço Social enquanto disciplina integrante dos serviços de saúde também encontra nesse cenário, muitos obstáculos para concretização da proposta do SUS, bem como para efetivação de seu projeto profissional cujo objetivo prevê a plena emancipação dos sujeitos sociais.

O próximo capítulo irá trazer justamente essa correlação da prática profissional com a política de saúde, abordando primeiramente a trajetória histórica do Serviço Social na saúde remetendo ao perfil do profissional neste traçado. Também será alvo de reflexão a questão social na contemporaneidade e sua interface com a saúde, atentando para os desafios do assistente social na perspectiva da garantia e ampliação dos direitos socialmente edificados.

II O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

2.1 Intervenção Profissional na Política de Saúde Brasileira

Resgatando alguns antecedentes da intervenção do Serviço Social no campo da saúde, destaca-se na década 30, mais precisamente o ano de 1936, o aparecimento das primeiras escolas brasileiras de serviço social sendo que, desde esse início, algumas disciplinas relacionadas à saúde já eram ministradas nas instituições de formação profissional. A partir de meados da década de 1940 a profissão alcançou gradual processo de expansão acompanhando a emergência de transformações relacionadas à expansão capitalista no país e também aos reflexos do fim da guerra mundial em 1945. Entretanto, foi somente em 1957, que a profissão é regulamentada no país.

A inserção do Serviço Social na área da saúde se deu primeiramente no Hospital das Clínicas de São Paulo com o chamado Serviço Social médico. Nas décadas de 40 e 50 outras instituições incorporaram o profissional de serviço social no quadro de funcionários para atuar em programas educativos e de orientação sobre cuidados de higiene e puericultura.

Desde o início de sua inserção na área da saúde, o profissional de Serviço Social teve como principal função mediar a relação entre instituição e população, promovendo o acesso aos direitos e protagonizando ações que articulam a política de saúde e as outras políticas e serviços que constituem a seguridade social brasileira. Entretanto, até a década de 60, a profissão manteve conduta que a colocava no eixo conservadorista, focando a atuação na dimensão individual do paciente, ou seja, adequando-a nos moldes do bloco hegemônico conservador, vigente em meio às entidades organizativas e difusoras da produção de conhecimento.

Nesse mesmo período, com a criação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), foi criado em nível central o Departamento de Serviço Social, que passou a orientar as ações nos diversos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) exigindo a formação e aperfeiçoamento profissional com a realização de cursos intensivos para os assistentes sociais. Em 1961, no Congresso Brasileiro de Serviço Social - CBSS define-se como objetivo da ação profissional relacionar as doenças aos aspectos emocionais, psicológicos e sociais, ou seja, fatores que incidem sobre a preservação da saúde (BRAVO, 1996).

Conforme destaca Bravo (1996), o único aspecto inovador surgido no CBSS relacionado à ação do assistente social, até então restrita em seu enfoque aos ambulatorios e hospitais, foi o estímulo às abordagens grupal e comunitária e também a sinalização para o enfoque em saúde pública atuando na promoção, prevenção e recuperação da saúde. Porém, o campo de trabalho foi ampliado apenas na saúde individual, atrelado à previdência social, não envolvendo significativamente os profissionais na saúde pública e coletiva.

O Serviço Social, no período de 1964 a 1974 ampliou sua área de ação em decorrência do surgimento do complexo previdenciário de assistência médica. Entretanto, com a estruturação do INPS e criação da Secretaria de Bem Estar a profissão deixou de subordinar-se à presidência dos IAPs. Nesse momento, o Serviço Social tinha por objetivo promover atividades assistenciais de caráter educativo com vistas à “integração social” do beneficiário.

Em 1967, a atuação do Serviço Social nos órgãos de assistência médica da Previdência é regulamentada prevendo como ações profissionais: abordagem individual e grupal, de caráter preventivo e curativo; comunitária, para mobilização de recursos e reintegração dos pacientes à família e ao trabalho. Ressalta-se também a contribuição do assistente social nas equipes interprofissionais com a finalidade de fornecer dados psicossociais significativos para o diagnóstico, tratamento e alta de paciente, além da participação em pesquisas médico-sociais.

Em 1972, foi aprovado o Plano Básico de Ação do Serviço Social na Previdência, que tinha por finalidade definir a política de ação do assistente social. Esse plano caracterizou também o Serviço Social como uma das atividades-fim da Previdência tendo por meta “mobilizar as capacidades próprias dos indivíduos, grupos e comunidades, com vistas à integração psicossocial dos beneficiários”. Prevê, ainda, como especificidade do Serviço Social no INPS, sua atuação em duas áreas: na saúde, desenvolvendo atividades educativas que visem à proteção e recuperação da saúde e; no trabalho e previdência, através de atividades que visem a divulgação e interpretação da previdência social, a capacitação para o trabalho e a contribuição para formação de uma mentalidade profissional (BRAVO, 1996).

A ampliação do mercado de trabalho para os assistentes sociais, no período ditatorial, evidenciava-se como uma resposta do Estado brasileiro ao agravamento das condições das classes trabalhadoras que acarretavam piores nas suas condições de saúde. O Serviço Social precisou se capacitar para atender aos novos desafios, dentre eles, o de dar conta dos beneficiários incorporados na Previdência, sem alteração da forma de financiamento da instituição e da melhoria das condições de saúde.

Nesse sentido, o Serviço Social vai sedimentar sua ação na prática curativa, primordialmente na assistência médica previdenciária em detrimento da ação na saúde pública. Destaca-se na prática profissional deste período, a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais e a concessão de benefícios como doação e não como direito. Além disso, o aspecto educativo da profissão objetivava ao controle do trabalhador, responsabilizando-o pela melhoria e restauração de sua saúde, reduzindo a ação a modelos e técnicas pedagógicas desarticuladas dos determinantes da questão social, resultante do conflito capital x trabalho. (BRAVO, 1996)

O período compreendido entre 1974 a 1979, marca uma conjuntura nacional de crise do modelo implantado no pós-64 cuja repercussão também incidirá sobre a profissão. A perspectiva modernizadora, dominante até meados dos anos 70, foi posta em questão tendo significativa diminuição de sua influência. Tal cenário abriu caminhos para disseminação de duas direções no Serviço Social: a “reatualização do conservadorismo” e a “intenção de ruptura”.

De acordo com Netto (1989 apud Bravo 1996, p. 94):

A “reatualização do conservadorismo” é a vertente que recupera os componentes mais estratificados da herança histórica e conservadora da profissão [...] e os repõe sobre uma base teórico-metodológica que se reclama nova repudiando os padrões vinculados à tradição positivista e às referências conectadas ao pensamento crítico-dialético, de raiz marxiana”.

Essa perspectiva reforça na profissão o traço microscópico de sua intervenção fundada no circuito da ajuda psicossocial. Já a vertente com intenção de ruptura com o Serviço Social tradicional, consubstancia uma crítica sistemática ao desempenho profissional e aos seus suportes teórico, metodológicos e ideológicos, manifestando a pretensão de romper com a herança do pensamento conservador e seus paradigmas de intervenção social, para isso recorre progressivamente à tradição marxista.

Diante desse contexto de discussão acerca do movimento de reconceitualização na profissão e da conjuntura política acima explicitada, a ação dos assistentes sociais na saúde era dicotomizada nos Ministérios da Saúde e da Previdência Social. No Ministério da Saúde, os profissionais estavam fragmentados pelas diversas instituições sem uma coordenação geral. Destacam-se neste Ministério: ações pautadas numa abordagem psicologista, utilizando atribuições da psicanálise; intervenção em “comunidades terapêuticas” através de grupos

operativos em conjunto com outros membros da equipe de saúde e atuação como profissional liberal centralizando sua ação em terapia familiar. No Ministério da Previdência, o Serviço Social contava com a coordenação em nível nacional, que defendia princípios norteadores da ação, e, em nível regional, com o núcleo de supervisão técnica. O Plano Básico de Ação, definido em 1972, que continuava a nortear a prática nesse período, especificou atuação profissional na assistência psiquiátrica e na área da saúde mental (BRAVO, 1996).

A inserção dos assistentes sociais em atividades de saúde comunitária nas Unidades Médico-Assistenciais do INPS, em 1975, embora tenha tido maior repercussão para a prática profissional até então restrito às clínicas e práticas curativas, acabou como subsidiário na ordem de serviço que fixa os procedimentos para organização e funcionamento dos setores de saúde comunitária tendo como função definida a identificação dos fatores psicossociais que interferem no aproveitamento integral do tratamento ou desencadeiam situações-problema e estabelecimento de canais de comunicação com a comunidade.

Na reflexão de Bravo (1996, p.101-102):

A saúde comunitária poderia ter sido mais enfatizada pelos assistentes sociais, pois permitiria uma ação global, na discussão dos determinantes das condições de saúde, como também abrir a instituição à comunidade, viabilizando a participação, tendo por suporte a gestão popular das instituições públicas. Entretanto, apenas um reduzido número de profissionais se interessou por esse espaço, conseguindo realizar alguns projetos de educação e saúde nos ambulatórios e ampliar a ação dos profissionais para fora de seus muros, com projetos pilotos em áreas periféricas circunvizinhas às instituições de saúde. Esse fato nos permite constatar que ação do Serviço Social na saúde continua sendo uma atuação psicossocial junto a pacientes e familiares, de acordo com suas raízes históricas. A saúde coletiva não é caracterizada como espaço de intervenção profissional, tanto pela instituição como pelos próprios assistentes sociais, ficando restrita a uma atividade subsidiária.

Nesse momento, o Plano Básico de Ação do Serviço Social na Previdência começa a ser questionado, de forma fragmentada, pelos profissionais da instituição culminando em 1976, com um processo de estudo e avaliação dos programas de Serviço Social do INPS em nível nacional cujo objetivo era, a partir dos resultados, propor medidas para corrigir distorções e ampliar a ação do Serviço Social.

Com a criação do SINPAS e a separação entre INPS e o INAMPS, formou-se um grupo de trabalho de assistentes sociais para subsidiar a estruturação do Serviço Social do INAMPS.

A ação profissional na área da saúde foi considerada por esses profissionais como fundamental tanto nos serviços especializados, unidades médico-assistenciais, como no nível comunitário, na promoção e prevenção da saúde. Apresentou-se como justificativa a necessidade de os beneficiários serem conscientizados em suas carências sociais para modificação de seus hábitos a fim de evitar o círculo vicioso: tratamento-alta-volta ao meio-recaída (BRAVO, 1996).

Assim, infere-se para atuação do Serviço Social nesta época, caracterizada por uma prática profissional que continuou sendo norteadada pela direção “modernizadora”, com uma ação predominantemente rotineira, burocratizada, empiricista, com ênfase na racionalidade e seletividade. As condições de vida e trabalho como fundamentais para a saúde não foram valorizadas, bem como a participação popular (BRAVO, 1996).

No período de 1979 a 1984 tem-se uma conjuntura marcada pelo acirramento da crise econômico-social no governo Figueiredo evidenciado pela reinserção da classe operária no cenário político, com o movimento sindical e as manifestações urbanas que, nesta conjuntura, assumem uma posição mais efetiva no nível organizativo.

No contexto das intenções do movimento de renovação do Serviço Social, o “clima de ampliação das liberdades democráticas [...] foi um dos condicionantes para a perspectiva “intenção de ruptura” aprofundar seu processo de maturação” (BRAVO, 1996, p.108). Diversos eventos, com ênfases bastante diferenciadas, ocorreram neste momento com a preocupação de analisar a atualidade profissional, enfocando ora a problemática da formação, ora as políticas sociais, as práticas institucionais e o redimensionamento das possibilidades interventivas do profissional (BRAVO, 1996).

Na saúde, os profissionais continuavam distantes da reflexão e aprofundamento teórico ocorrido no Serviço Social, refletindo no não-engajamento dos assistentes sociais no “movimento sanitário”. Essa exclusão impossibilitou a participação do profissional na elaboração das estratégias e táticas forjadas pelos representantes do movimento sanitário, de forma a nortear sua ação, ampliando-a em diversos níveis: elaboração da política, contato parlamentar, articulação sindical, produção teórica na área. Com isso o assistente social nesse processo de reelaboração do setor da saúde ficou marginalizado, não participando nem sendo solicitado para contribuir nas alterações ocorridas no aparelho do Estado.

Entretanto, destaca-se neste período a sensibilidade de alguns profissionais pela saúde coletiva, visualizando a importância de atuar em centros de saúde e ambulatorios, ressaltando

os determinantes sociais da questão com abordagens restritas aos pacientes e familiares em unidades de internação. A abordagem na perspectiva fenomenológica também se ampliou, sendo ressaltadas a relação dialógica profissional x clientes, a importância do vivido e a preparação técnico-operativa dos assistentes sociais para atuar com a “morte” (BRAVO, 1996).

Em suma, apesar de alguns avanços decorrentes da mobilização da sociedade e sua repercussão na categoria com o fornecimento de indicações para a prática profissional, estas ainda foram reduzidas, não conseguindo acompanhar o movimento desenvolvido pelos sanitaristas que, paralelamente à revisão crítica dos fundamentos teórico-metodológicos, traçaram uma estratégia de modificação das políticas sociais via penetração no aparelho de Estado. Além disso, os assistentes sociais progressistas e com maior fundamentação teórica continuaram nas universidades, dando uma contribuição residual aos profissionais que estavam nas instituições.

O Serviço Social na conjuntura marcada pela transição política, de 1985 a 1990, de organização do movimento social e adensamento das tendências democráticas possibilitou à profissão a continuação de seu processo de renovação com a disseminação, para além da esfera acadêmica, da perspectiva de “intenção de ruptura” para o conjunto da categoria profissional.

Nesse período, o Serviço Social na saúde continuou na execução terminal das políticas sociais, através de sua ação nas instituições. E, em alguns estados brasileiros, houve tentativas de operacionalizar as propostas emergentes na política de saúde como, por exemplo, Bahia, Paraná, São Paulo e Rio de Janeiro.

De acordo com Bravo (1996, p. 31) em sua reflexão acerca da prática profissional, deste período, atenta para o fato de que:

Algumas estratégias apontadas na proposição da Reforma Sanitária poderiam ter sido assumidas pelos assistentes sociais como diretrizes norteadoras de sua ação profissional, a fim de contribuir para a mudança da qualidade dos serviços, entre elas a ação interdisciplinar, a consciência sanitária e a participação dos usuários na instituição. O profissional de Serviço Social [...] poderia sensibilizar e mobilizar a equipe de saúde, a fim de analisar a questão de forma globalizante, bem como aprofundar os canais de participação criados, estimulando os usuários da instituição, através da ampliação da consciência sanitária, para o controle dos serviços prestados.

Entretanto, a autora ressalta um avanço quanto à produção de conhecimentos e publicações concernentes à prática na saúde e criação de linhas de pesquisa sobre o tema. Observa ainda, a demanda de alguns assistentes sociais para cursos de saúde pública, muito embora esse aprofundamento não tivesse revertido, na maioria das vezes, na melhoria da ação profissional, pois “ao se aperfeiçoarem, os profissionais têm negado sua identidade e procurado exercer outras atividades identificando-se como sanitaristas” (BRAVO, 1996, p.131).

O período em questão marcado pela efervescência do movimento de reforma sanitária e suas propostas de construir sistema de saúde universal em contraponto às tendências históricas caracterizadas pelas desigualdades no acesso aos serviços e ações pertencentes à saúde também contribuiu, a partir das propostas do movimento sanitarista na VIII Conferência Nacional de Saúde-CNS, para justificar a intervenção multiprofissional nos serviços de saúde.

A partir do conceito ampliado de saúde, trazido na VIII CNS encontra-se a justificativa da ação do serviço Social:

[...] a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato. Defini-se no contexto do histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (SILVA, VIANNA E NOGUEIRA, 1986, p. 118-119).

O conceito abrangente de saúde abordado na VIII CNS, ao situar o sujeito dentro de um contexto social permeado por fatores que incidem diretamente sobre seu estado de saúde, abre espaço para legitimidade da atuação do Serviço Social na área, uma vez que, o assistente social dispõe dessa visão mais ampla que apreende o sujeito em sua totalidade. Ademais, o profissional está diretamente ligado ao processo de implementação e execução de políticas sociais, o que justifica sua ação nos serviços de saúde participando com outros profissionais nos processos que envolvem a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Culminando com esse evento que definiu o eixo da saúde dentro de uma abordagem abrangente de seu conceito, bem como dentro da perspectiva do direito ao seu acesso, a Constituição de 1988 veio a institucionalizar e ampliar o conceito de saúde abordado nesta Conferência, bem como outras providências.

Com a promulgação da Carta Constitucional de 1988, a saúde passa a integrar o campo da Seguridade Social juntamente com os direitos relativos à previdência e assistência social. “A saúde passa a ser um direito de todos e dever do estado garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”. (CONSTITUIÇÃO, 1988, grifo nosso).

No texto constitucional, novamente se evidencia a relevância da intervenção social, bem como econômica, para que se otimize as ações públicas de saúde em torno do bem estar físico e mental da população. Assim, surge a necessidade de um profissional que decifre a realidade dos sujeitos para além de seus aspectos aparentes e meramente biológicos no intuito de desvendar outros aspectos pertinentes ao seu estilo de vida que possam interferir no processo de adoecimento.

Ainda no Art. 198 da Constituição, as ações e serviços públicos de saúde passam a integrar uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único organizado com as seguintes diretrizes:

I -

II- atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III-

(CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988, grifo nosso).

A ênfase no atendimento integral reconhece o todo indivisível que cada pessoa representa e reforça a necessidade de considerar os fatores sócio-econômicos e culturais como determinantes da saúde. A integralidade, nesse sentido, atenta para a formação de equipes multiprofissionais na perspectiva da interdisciplinaridade e também para idéia de intersetorialidade na medida em que deva existir uma sintonia entre os níveis de complexidade no atendimento às necessidades de saúde e também uma conexão com as demais políticas sociais no intento de contemplar o disposto na Constituição acerca dos princípios do SUS. (MIOTO; NOGUEIRA, 2006).

Sobre as atividades preventivas, mencionadas nesse mesmo artigo, estas também comportam a atuação no âmbito da Assistência Social na medida em que sua ação influi direta ou indiretamente na qualidade de vida dos sujeitos sociais.

Nesse sentido, a década de 90 marca um avanço no direcionamento de um projeto profissional ancorado na luta e defesa dos direitos da classe trabalhadora, caracterizado pela inscrição da ética com a promulgação do novo Código em 1993; na Lei nº 8662 de fevereiro de 1993, que regulamenta a exercício profissional e na resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Nº 38 de 4 de fevereiro do mesmo ano, que inclui como categoria pertencente a equipe de saúde o profissional de Serviço Social.

O assistente social, nesse momento, passa a compor o quadro de profissionais da equipe de saúde sendo caracterizado como aquele que “articula o recorte do social, tanto no sentido das formas de promoção da saúde, bem como das casualidades das formas de adoecer, intervindo neste sentido, em todos os níveis nos programas de saúde” (CFESS, 1990). Concebe-se ainda como competência do assistente social sua intervenção junto aos fenômenos sócio-culturais e econômicos que reduzem a eficácia dos programas de saúde atuando no nível da promoção, proteção e/ou recuperação da saúde.

Ao abordar essa legitimação da profissão no campo da saúde pública, Costa (2000, p.62) aponta que o “assistente social se insere no processo de trabalho em saúde, como agente de interação ou como um *elo orgânico* entre os diversos níveis do SUS e entre estes e as demais políticas sociais setoriais”. Tal fato leva a conclusão de que em meio às contradições do SUS evidenciado na exclusão, na precariedade dos serviços e na ausência de participação social nos direcionamentos da política de saúde, a atuação do profissional de Serviço Social visa, por caminhos tortuosos, assegurar a integralidade das ações.

Poder-se-ia dizer, assim, que a legitimidade do Serviço Social no interior do processo coletivo de trabalho na saúde para além dos aspectos já mencionados, se constrói às avessas, ou seja, a sua utilidade se afirma nas contradições fundamentais da política de saúde e, particularmente, no SUS. Com isso, a busca pelo profissional se pauta, sobretudo, pela deficiência do sistema que não contempla as necessidades de saúde dos usuários.

Dado esse retrospecto da atuação profissional na saúde convém neste momento situar a profissão na contemporaneidade atentando para os desafios dos assistentes sociais no

enfrentamento da questão social, em especial aquelas que repercutem no âmbito da política de saúde, área privilegiada⁴ da inserção do profissional.

2.2 Questão Social e interfaces com a Saúde

A importância de se atentar para o fenômeno da questão social reside no fato de que esta se constitui na matéria prima, no objeto de intervenção do assistente social. Assim sendo, independentemente da área em que atua o profissional as expressões destas questões se evidenciam, cotidianamente, na diversidade de demandas sociais apresentadas pelos sujeitos que o procura.

A contemporaneidade e suas determinações sócio-econômicas e culturais consubstanciam novos desafios tanto para a sociedade do capital como para o profissional de Serviço Social, que inserido no cenário de total desregulamentação de direitos, invocada pelo neoliberalismo e a globalização tem se deparado com o aumento da pobreza absoluta e o acirramento das desigualdades sociais aliadas a novas problemáticas advindas da precarização e/ou não exploração da força de trabalho. Trata-se, conforme retrata alguns autores, das “novas expressões da questão social” ou da questão social sob “novas roupagens”, levando em consideração que a base fundante do fenômeno permanece a mesma, ou seja, reside nas contradições inerentes ao sistema capitalista onde a “novidade” encontra respaldo histórico nas profundas transformações societárias desencadeadas nas últimas três décadas (YASBEK; NETTO; PEREIRA, 2004).

Conforme aponta Netto (2004) a expressão “questão social”⁵ surge para dar conta do fenômeno mais evidente da história da Europa Ocidental que experimentava os impactos da primeira onda industrializante em meados do século XVIII. Tratava-se do fenômeno do *pauperismo* que se apresentava como o aspecto mais imediato da instauração do capitalismo em seu estágio industrial-concorrencial, sendo apreendido como um fenômeno novo sem

⁴ De acordo com Iamamoto (1997) a Seguridade Social, tal como reconhecida pela Carta Constitucional de 1988 como política pública, apoiada no tripé da saúde, assistência social e previdência, constitui espaço ocupacional privilegiado dos assistentes sociais. Na saúde concentra-se o maior contingente de profissionais, 25,83% dos profissionais em atividades em São Paulo e 28% no Rio de Janeiro. A área de saúde é seguida da assistência, previdência, educação social e trabalho. Segundo a mesma autora, o aumento de profissionais na área foi decorrente dos processos de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e o conseqüente reaparelhamento dos Escritórios Regionais de Saúde.

⁵ O termo questão social, entre aspas, é uma convenção utilizada pelo autor para enfatizar que seu conceito não é “semanticamente unívoco” (NETTO, 2004, p. 41), registrando-se em torno da questão social compreensões diferenciadas e atribuições de sentido muito diversas.

precedentes na história anterior conhecida, uma vez que, “era radicalmente nova a dinâmica da pobreza que então se generalizava” (p. 42). Assim, pela primeira vez na história registrada percebia-se a direta correlação entre o aumento da capacidade de se reproduzir riquezas e o crescimento da pobreza.

Entretanto, a designação desse pauperismo pela expressão questão social relaciona-se diretamente aos seus desdobramentos sócio-políticos, isto é, foi devido a não aceitação das mazelas geradas pelo processo produtivo por parte dos pauperizados; por uma “perspectiva efetiva de eversão da ordem burguesa, que o pauperismo designou-se como “questão social” (NETTO, 2004, p.42)”.

Conforme salienta Iamamoto (2001, p. 77),

[...] a questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mas além da caridade e repressão.

Nesse sentido, a designação do termo questão social para representar a extrema desigualdade social representada por grandes setores marginalizados e empobrecidos nos marcos da revolução industrial, afere-se para além das manifestações sociais de um sistema ancorado na exploração, como o capitalista, pois remete, sobretudo,

[...] a existência de relações conflituosas entre portadores de interesses opostos ou antagônicos [...] na qual os atores dominados conseguem impor-se como forças políticas estratégicas e problematizar efetivamente necessidades e demandas, obtendo ganhos relativos (PEREIRA, 2004 p. 59).

Em suma, falar em questão social implica reconhecer a existência de um fenômeno permeado por desigualdades e acima de tudo pelo embate político, caracterizado pela conscientização dos setores marginalizados (dominados) da sociedade sobre sua condição social situada à margem da apropriação da riqueza cuja produção parte essencialmente do uso de sua força de trabalho.

A década de 1970 marca o esgotamento da expansão capitalista ocasionado pela redução das taxas de lucro e pelas significativas vitórias do movimento operário. A crise econômica

que imperava nos países de capitalismo avançado propiciou campo favorável para disseminação do ideário neoliberal como forma de driblar a expressiva inflação observada neste período. Entretanto, somente em 1979 surge, efetivamente, a oportunidade de pôr em prática os planos de contenção dos gastos com o bem-estar social e da contenção dos sindicatos e movimentos sindicais, através das eleições que sucederam em grande parte dos países Europeus e na América do Norte que se evidenciou pela tomada de poder da nova direita⁶ empenhada em dar início ao programa neoliberal. Assim, os anos 80 viram o triunfo da ideologia neoliberal nesta região do capitalismo avançado (ANDERSON, 1995).

Temos num contexto atual, permeado pela política neoliberal, a desestruturação do Estado e de suas funções primordiais como instituição regulamentadora e efetivadora de políticas públicas e sociais que visem garantir o mínimo de bem estar àqueles destituídos das condições básicas de desenvolvimento humano.

Dentro desse contexto, encontramos em particular o caso Latino Americano, bem como o Brasil, onde a hegemonia ideológica do neoliberalismo e sua expressão política, o neoconservadorismo, adquiriram grande intensidade onde um dos resultados desta ideologia se evidencia no radical enfraquecimento do Estado, cada vez mais submetido aos interesses das classes dominantes e renunciando a graus importantes de soberania nacional diante da grande burguesia transnacionalizada. Por outro lado observa-se a satanização⁷ do Estado acompanhada de um discurso ideológico auto-incriminatório que iguala tudo o que é estatal com a ineficiência, a corrupção e o desperdício, enquanto que a iniciativa privada aparece sublimada como a esfera da eficiência, da probidade e da austeridade contribuindo assim para fortalecimento do ideário em questão. (BÓRON, 1995). Ademais, visualiza-se neste contexto, repercussões nas relações entre Estado e Sociedade evidenciadas por uma grande parcela de indivíduos desmobilizados e desacreditados na esfera pública e nos canais de participação democrática (SADER, 2003).

Segundo Yasbek (2004, p. 37) o modelo de Estado que se configura na atual conjuntura é aquele que,

[...] reduz suas intervenções no campo social e que apela à solidariedade social, optando por programas focalistas e seletivos caracterizados por

⁶ Observa-se as experiências do governo Thatcher na Inglaterra, primeiro regime a pôr em prática o programa neoliberal; eleição de Reagan nos Estados Unidos, em 1980; Kohl na Alemanha (1982); o governo Schluter na Dinamarca (1983). Posteriormente quase todos os países do norte da Europa ocidental, com exceção da Suécia e da Áustria, também viraram à direita.

⁷ De acordo com a reflexão do autor, o Estado é tido como o diabo, responsável por todas as desgraças e infortúnios que afetem a sociedade capitalista.

ações tímidas, erráticas e incapazes de alterar a imensa fratura entre necessidade e possibilidades efetivas de acesso a bens, serviços e recursos sociais.

A sociedade em que se encontra hoje é aquela resultante do legado da hegemonia neoliberal, ou seja, “uma sociedade heterogênea e fragmentada, marcada por profundas desigualdades de todo tipo – classe, etnia, gênero, religião – que foram exacerbadas com a aplicação das políticas neoliberais” (BÓRON, 1995, p. 104). Em consequência temos uma sociedade menos integrada produto destas desigualdades onde uma minoria desfruta dos benefícios do progresso econômico enquanto grande parcela da sociedade corresponde aos excluídos de qualquer participação no usufruto da riqueza produzida no país.

Conforme dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio (PNAD) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2005, dos 40% mais pobres o rendimento mensal não chega a um salário mínimo (0,77 ou R\$185,27) enquanto dos 10% mais ricos o rendimento ultrapassa a marca dos 13 salários (13,04) correspondendo ao valor de R\$3.130,61 mensais. Ainda conforme a mesma pesquisa, do total de rendimentos, os 50% mais pobres detêm 15,5% e 1% dos mais ricos detêm 12,7%, ou seja, uma marca bem próxima ao percentual dos 50% mais pobres, o que reflete uma grande concentração de renda nas mãos de poucos brasileiros.

Nesse contexto, a questão social na contraditória conjuntura atual assume novas configurações e expressões entre as quais se destaca a transformação das relações de trabalho e a perda dos padrões de proteção social dos trabalhadores e dos setores mais vulnerabilizados da sociedade que vêm seus apoios, suas conquistas e direitos ameaçados. Tais formas de expressão assumem nesse contexto uma amplitude global, produzindo efeitos como desemprego estrutural, aumento da pobreza e da exclusão, precarização e casualização do trabalho e desmonte dos direitos sociais (PEREIRA, 1999).

Dados da IBGE/PNAD (2005) sobre o mercado de trabalho apontam para a existência de mais de 8 milhões de desocupados no país dentro da estimativa de 96 milhões de brasileiros economicamente ativos. Dos que se encontram ocupados, 10% ganham até $\frac{1}{2}$ salário mínimo; 17,8% mais de $\frac{1}{2}$ a 1; 26% ganham mais de 1 a 2 salários; 13% mais de 2 a 3; 10,2% mais de 3 a 5 salários mínimos. Em SC, a maioria dos ocupados ganham mais de 1 a 2 salários (28,6%) correspondendo a média brasileira (PNAD/IBGE/2004). Outro dado evidencia que a maioria dos empregados sem carteira assinada (28,9%) ganham até $\frac{1}{2}$ salários

mensais, o que indica a precariedade do mercado informal em dois aspectos: pela existência de salários incompatíveis com as necessidades humanas básicas e pela inexistência de proteção social, uma vez que, grande maioria não contribuem para a previdência social. A taxa média de desocupação, em torno de 8,9% também aponta que desse percentual as mulheres são a maioria e também consta que essa taxa é maior entre a população de 10 a 24 anos (IBGE, 2005).

A partir dessas incidências sobre o campo do trabalho, a questão social também expressa,

[...] desigualdades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediadas por disparidades nas relações de gênero, características étnico raciais e formações regionais, colocando em causa amplos segmentos da sociedade civil no acesso aos bens da civilização (IAMAMOTO, 2006, p. 177)

A expansão capitalista cria o necessitado, o desamparado e a tensão permanente da instabilidade no trabalho, implica na disseminação do desemprego de longa duração, do trabalho precário e das modalidades informais de relacionamento da força de trabalho com o capital como os biscates, ambulantes, camelôs e outras atividades de sobrevivência da população que são destituídas de qualquer proteção social (YAZBEK, 2004).

A cerne da dimensão que assume a questão social na contemporaneidade reside numa “tendência cruel que produz não apenas desempregados, no sentido convencional do termo, mas trabalhadores supérfluos, redundantes ou supra-numerários”(PEREIRA, 1999, p.49)

Nessa lógica, além da redução de recursos para a área social, resultante dos ajustes estruturais depara-se com programas residuais, sem referência a direitos. As seqüelas da questão social expressas na pobreza, exclusão e subalternidade em que se encontra grande parte dos brasileiros, tornam-se alvo de ações solidárias, da filantropia revisitada e de políticas residuais:

Assim as propostas neoliberais, em relação ao papel do Estado quanto à questão social, são propostas reducionistas que esvaziam e descaracterizam os mecanismos institucionalizados de proteção social. São propostas fundadas numa visão de política social apenas para complementar o que não se conseguiu via mercado, família ou comunidade (YASBEK, 2004, p. 37).

Tal reordenamento das políticas públicas, orientada pela perspectiva neoliberal, tem esvaziado seu caráter universal transformando-a em um canal de inclusão excludente a partir do momento em que se exige comprovante de pobreza extrema para se ter acesso aos direitos de cidadania. No campo da Seguridade Social, o conjunto de reformas desencadeadas na década de 90 no Brasil, assumiram o papel de reduzir os gastos do Estado com as políticas a ela pertencentes. Especialmente, as áreas da saúde e assistência social se viram a mercê de mecanismos internacionais de redirecionamento de suas práticas assumindo segundo plano na agenda do governo cuja principal tarefa é o liquidamento da dívida externa, contando com isso com a redução das receitas destinadas as políticas públicas, em especial das políticas sociais. Contribuiu para essa tendência o refluxo dos movimentos populares ligados à defesa dos ideais sanitaristas favorecendo a atuação de grupos vinculados ao ideal privatista.

A atual organização do SUS, ao mesmo tempo em que vem se empenhando em atender as reivindicações históricas do movimento sanitário identificadas pelas propostas de um sistema universal, descentralizado, com vistas à participação democrática não apresenta a superação de contradições existentes, dentre as quais constam a exclusão, a precariedade dos recursos, a qualidade e a quantidade quanto ao atendimento, a burocratização e a ênfase na assistência médica curativa (COSTA, 2000).

Segundo informações do Ministério da Saúde (2006) no que toca ao orçamento da saúde entre 2000 e 2005, o gasto público com saúde cresceu mais de 110%, entretanto, dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram que o investimento público em saúde no Brasil é ainda 10 a 15 vezes menor que o de países como Canadá, Austrália ou Reino Unido. O orçamento do SUS é menor que 1(um) real por habitante ocupando o 153º no ranking dos países em relação ao gasto público per capita em saúde. Além disso, há um deslocamento dos recursos, nas três esferas do governo, para outros setores como pagamento de aposentados, despesas com saneamento, merenda escolar, limpeza urbana, asfaltamento, restaurante popular e outros.

Para Costa e Maeda (2001) a rede de atenção básica não tem respondido, de maneira satisfatória, as necessidades e demandas dos usuários da saúde, oriundas das expressões da questão social desenvolvendo ações direcionadas para grupos marginalizados, utilizando-se de tecnologias simplificadas acarretando no baixo impacto nos níveis de saúde. Tal situação é agravada pela má qualidade dos serviços prestados e por insuficiência quantitativa e qualitativa de profissionais em saúde no que toca à demanda e ao contexto sanitário, às condições de trabalho e a forma de organização e produção de serviços de saúde.

Frente às profundas transformações históricas e sociais que a sociedade brasileira vem atravessando, ao longo das décadas, observam-se profundas mudanças no quadro epidemiológico, na produção e distribuição social dos problemas de saúde. Assim, evidencia-se para além das desigualdades regionais, um aumento dos problemas de saúde que por sua vez, também se distribuem desigualmente entre homens e mulheres, brancos, negros, amarelos e indígenas, pobres e ricos, jovens e velhos, seja pelas diferentes origens sociais, seja pela desigualdade de acesso às ações e serviços de saúde e demais políticas sociais.

Conforme dados do Ministério da Saúde (2006), acerca dos determinantes sociais incidentes sobre a saúde evidencia-se a mudança do perfil epidemiológico no Brasil apresentando em 2003 uma diminuição significativa das doenças infecciosas para 5,2% e aumento das violências (13,5%) e doenças do aparelho circulatório (28,4%). O aumento da violência merece destaque, dado sua estreita vinculação com a pobreza e desigualdade social. Segundo dados da Secretaria de Vigilância Sanitária (SVS), em 2004, 48.374 pessoas foram assassinadas no Brasil, ou seja, 132 homicídios por dia. Dentre as dez causas de morte no Brasil, o 3º lugar fica para as agressões.

Destacam-se também mudanças no modo de vida da população e a incidência de novos riscos à saúde que tornam alvo de preocupação como o tabagismo, hipertensão, sobrepeso, colesterol, falta de consumo de frutas e legumes, álcool, sedentarismo, sexo não seguro, poluição do ar, saneamento e higiene, baixo peso, drogas ilícitas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Aliado a essas questões merecedoras de atenção pelo poder público na atenção às necessidades da sociedade contemporânea também se atenta para as novas configurações da população brasileira evidenciadas na diminuição da fecundidade brasileira para 2,1 filhos em 2004. Em contraposição observa-se o aumento da esperança de vida após 60 anos, que de 1998 a 2004 aumentou para 21 anos. Outro dado mostra que: se em 1981 havia 6 idosos para cada 12 crianças até 5 anos, em 2004 a relação passa a ser de 6 idosos para cada criança até 5 anos (IBGE/PNAD apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Observa-se que o aumento da população idosa irá requerer um reordenamento das ações públicas de saúde de modo à atender suas necessidades dentro da perspectiva da promoção, proteção e recuperação da saúde

Reflete-se, assim, para os novos desafios da profissão frente às mudanças que vêm incidindo sobre a população brasileira, principalmente no que se refere às transformações no mundo do trabalho e suas interferências na vida da classe trabalhadora. Assim, torna-se

significativa a vinculação da política de saúde com as demais políticas sociais, uma vez que, grande parte das demandas apresentadas nos serviços de saúde são decorrentes das mazelas inerentes a produção capitalista e sua estratégia de flexibilização e exploração da força de trabalho.

De acordo com informações DataPrev, em Maio/2007, 42,97% dos benefícios concedidos - considerando os contribuintes inscritos no RGPS - foram referentes ao *auxílio-doença*, 8,68% foram de aposentadoria por invalidez (terceiro benefício mais solicitado depois do auxílio doença). Tal constatação em torno da grande incidência de benefícios concedidos por motivo de doença permite refletir sobre as condições degenerativas a que estão submetidos os trabalhadores brasileiros no exercício da atividade laborativa, que por sua vez, irá repercutir nas demandas apresentadas aos serviços de saúde e, conseqüentemente, na prática do assistente social neste setor.

Dessa forma, atenta-se para as múltiplas expressões da questão social que se apresentam cotidianamente nos serviços de saúde, representado por trabalhadores lesados fisicamente e, sobretudo, em sua subjetividade.

Como já mencionado neste trabalho, a importância da atuação do assistente social no âmbito da saúde encontra respaldo na concepção ampliada de saúde que considera como determinantes da saúde os aspectos sócio-econômicos e culturais da população. Assim o profissional aparece nos serviços e ações de saúde como mediador da população usuária da saúde com as demais políticas setoriais, essencialmente, da assistência social e previdência na perspectiva da integralidade de ações.

Dentro das ações do Serviço Social na saúde destaca-se sua intervenção no plantão social, uma vez que, neste espaço, o profissional lida com as mais diversas expressões da questão social. Será justamente a respeito da intervenção neste espaço que o Capítulo 3 irá abordar, juntamente com exigências e desafios da profissão a fim de materializar as premissas do projeto ético-político assumido pela categoria na contemporaneidade.

III ANÁLISE DA AÇÃO PROFISSIONAL NA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIRRO SACO GRANDE

3.1 Unidade Local de Saúde do Saco Grande e inserção do Serviço Social

A Unidade Local de Saúde do Saco Grande está localizada na Rodovia Virgílio Várzea, s/nº, região periférica do Município de Florianópolis/SC e insere-se dentro das determinações do Sistema Único de Saúde (SUS) como aquela que presta serviços de atenção primária à saúde.

A atenção básica ou primária pode ser definida como o cuidado dispensado por profissionais de saúde, a partir de um primeiro contato podendo compreender os serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção da saúde. Diferencia-se da atenção secundária e da terciária, basicamente, por se dedicar aos problemas mais frequentes (simples ou complexos) e em fases iniciais, ou seja, visualiza-se como a porta de entrada para o sistema de saúde. O atendimento nesta ULS rege-se pelos princípios norteadores do SUS a saber: universalidade, equidade, integralidade, hierarquização/regionalização, descentralização e controle social (FURLANETTO, 2004).

Como as demais ULS de Florianópolis, a ULS do Saco Grande é responsável por uma área de abrangência dentro de uma determinada região do município. Cada regional de saúde possui, segundo a administração municipal, características culturais e econômicas próprias, continuidade geográfica, perfil epidemiológico e ambiental definidos e uma estrutura de serviços de saúde sob sua responsabilidade, com recursos capazes de garantir a atenção à saúde em sua região. Cada regional possui uma sede gerencial. A ULS do Saco Grande pertence a regional Leste e sua área de abrangência é subdividida em micro-áreas.

Os serviços prestados pela ULS do Saco Grande compreendem: Clínica Geral, Básico de Enfermagem, Vacinação, Teste do Pezinho, Pediatria, Preventivo do Câncer, Ginecologia.

Nessa unidade também funcionam os Programas de Saúde Bucal, Capital Criança, Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Programa Saúde da Família (PSF) e Rede Docente Assistencial (RDA).

A População usuária da ULS do Saco Grande encontra-se divididas em três áreas de acordo com os princípios básicos de operacionalização do PSF que implica na territorialização e adstrição da clientela onde a equipe deve ser responsável pelo acompanhamento de no máximo 4000 pessoas. As áreas referidas são: 331 (Bairro Monte Verde), 330 e 332 (Bairro Saco Grande).

A área priorizada pela equipe multiprofissional do PSF compreende a área 330 que, segundo o Plano de Ação da equipe, conta com 1274 famílias cadastradas estando em acompanhamento 1107 destas famílias. O total de pessoas a ser acompanhadas pelos profissionais é de 3699.

A Rede Docente Assistencial (RDA), como é conhecida atualmente, foi criada em 1997, através de um convênio entre a Prefeitura Municipal de Saúde (Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis) e a Universidade Federal de Santa Catarina (Centro de Ciências da Saúde). Tal parceria vem caracterizar um dos papéis fundamentais da Universidade, enquanto lócus de produção de conhecimento científico, que é democratizar o saber para além de seus muros. Esse convênio também surge em consonância com a Constituição Federal de 1988 que prevê em seu Art. 200, dentre as atribuições do SUS, a formação de recursos humanos para trabalhar nos serviços públicos de saúde:

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I -.....

II -.....

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV -

Esse programa tem como objetivo contribuir para a formação de profissionais para trabalhar na promoção da saúde e na resolução de problemas do nível primário de atenção, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, tendo como modelo assistencial a Estratégia de Saúde da Família - ESF. Tem como preocupação central superar o modelo médico hegemônico e estabelecer um processo de mudança de paradigmas no intuito de construir uma estratégia interdisciplinar na formação dos profissionais de saúde ampliando a articulação entre teoria e prática, diversificando os locais de ensino-aprendizagem (SISSON, 2002; PMF, 2003).

Dentre as entidades envolvidas na RDA estão os cursos de graduação da UFSC (Medicina, Nutrição, Odontologia, Enfermagem, Farmácia, Serviço Social e Psicologia.); cursos de pós-graduação; especialização Multiprofissional em Saúde da Família e especialização Multiprofissional em Saúde da Família - modalidade residência.

O Serviço Social no município de Florianópolis inseriu-se na atenção básica de saúde, no ano de 2002, através da RDA em conjunto com a equipe de profissionais e acadêmicos do 1º Curso de Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência inserindo-se a partir de então na Unidade Local de Saúde do bairro Saco Grande (ALVES, LIMA, 2003).

Atualmente, o Serviço Social está inserido, através da RDA, nas ULS da Agrônômica e do Saco Grande tendo em sua equipe profissionais residentes (Curso de pós-graduação/ modalidade residência) e por estagiários obrigatórios da 7ª fase do Curso de Serviço Social. Esta inserção se dá também através das disciplinas de oficinas: Movimentos Sociais, Instituições e Organizações e Famílias e Segmentos Sociais Vulneráveis

Quanto aos objetivos da atuação do curso de Serviço Social na RDA estão:

- desenvolver a integração do Curso de Serviço Social, através da graduação e pós-graduação, com as instituições públicas responsáveis pela prestação de serviços à população, no âmbito das políticas sociais para o desenvolvimento de experiências inovadoras, visando a articulação teoria-prática numa relação multiprofissional;
- Contribuir na implementação da concepção de política como direito, buscando a melhoria da qualidade e resolutividade dos serviços e ampliação das práticas democráticas participativas, através das diferentes dimensões da intervenção profissional a saber: processos político-organizativos, do planejamento e gestão e dos processos sócio-assistenciais;
- Privilegiar o espaço dos programas docentes assistenciais na produção de conhecimento em serviço social e na sua relação interdisciplinar, bem como contextualização no debate acadêmico - científico nacional e internacional. (BONASSA & FURLANETTO, mimeo, p. 1-2).

Nesse sentido a equipe de Serviço Social, na ULS do Saco Grande desenvolve suas ações a partir dos três eixos de intervenção profissional abordados por Mioto (2003 apud LIMA, 2004): processos político organizativos, planejamento e gestão e processos sócio assistenciais.

O eixo político-organizativo integra ações de assessoria e mobilização ao Conselho Local de Saúde do Bairro Saco Grande, bem como a capacitação dos conselheiros locais de saúde. O de planejamento e gestão envolve ações que visem à gestão da informação, a

organização e gerenciamento de programas, projetos e serviços. Já o eixo assistencial envolve ações que visam atender o usuário enquanto sujeito, buscando responder suas demandas/necessidades mais urgentes e particulares (MARTINI, 2006). Destacam-se neste eixo as ações em torno do Plantão Social, cuja apreensão será alvo de reflexão deste trabalho.

As atividades no Plantão Social na ULS do Saco Grande iniciaram-se no semestre 2006/1 desenvolvidas por alunas da UFSC em estágio obrigatório. Anteriormente às ações no plantão, os atendimentos eram realizados mediante agendamento, o que de certa forma impossibilitava o atendimento às demandas no ato em que elas apareciam. Levando em conta o fato de que a procura pelo Serviço Social está condicionada, em grande parte das situações, por necessidade de ordem emergencial, muitas vezes relacionadas à alimentação, destaca-se antecipadamente a importância deste projeto para promoção da saúde dentro da perspectiva da integralidade.

3.2 Problematizando a prática do plantão no Serviço Social

O plantão é uma atividade característica do Serviço Social, presente desde os primórdios da intervenção profissional junto aos sujeitos sociais. Trata-se de uma atividade comum à maioria dos assistentes sociais, independente da área de atuação que este se encontra, seja na saúde, na assistência social, na previdência, seja em instituições de atendimento a crianças e adolescentes bem como aqueles que atendem idosos. Além disso, é comum a utilização de outros termos para designar a atividade de plantão como, por exemplo, atendimento sócio-emergencial, sócio-assistencial, plantão social.

Semanticamente, a palavra plantão designa horário de serviço escalado para determinado profissional exercer suas atividades em delegacia, hospital, etc. Também indica serviço noturno ou em dia ou horas normalmente sem expediente em redações de jornais, hospitais, fábricas, etc. (DICIONÁRIO AURÉLIO, 2006). No Serviço Social essa atividade está relacionada a um serviço institucional dedicado ao atendimento das demandas, em grande parte de caráter emergencial, trazidas pelos usuários/sujeitos ao conhecimento do profissional.

Segundo Viner (2000, p.12), “o plantão é o local específico de atuação do Assistente Social, reconhecido como espaço de respostas necessárias e urgentes, um desembocadouro de ausência de uma política social e espaço privilegiado da profissão”. Ou seja, um espaço caracterizado pelas diversidades de demandas sociais que não encontrando na esfera das

políticas promovidas pelo Estado, sua resolução efetiva, irá incidir nos espaços de atuação do assistente social “reclamando” por resolução.

Além disso, o atendimento rápido e imediato com o qual o plantão é comumente relacionado impede que o diálogo estabelecido durante o atendimento possa surgir reflexões mais profundas acerca da realidade apresentada pelo usuário. Com isso o plantão passa a ser um canal desprivilegiado de ações concernentes a prática investigativa, isto é, não se qualifica como espaço de atuação a ser pensado, refletido e planejado. (LOPES, 2006)

Dessa maneira, o plantão desde sua origem vem apresentando como características a seletividade, o imediatismo e o assistencialismo reproduzindo, muitas vezes, uma prática mecânica e tecnicista interferindo ou não nos problemas da população por meio de ações pontuais e casuísticas, limitadas pela questão imediata da sobrevivência dos usuários.

De acordo com Marques (1997), o desprestígio relacionado ao plantão social advém de uma visão dos assistentes sociais, que nos marcos das tendências do movimento de reconceitualização, começaram a crer que o compromisso com a transformação social era medido pelo lócus espacial em que se encontravam. Assim, o trabalho junto a sindicatos e aos movimentos sociais era revelador do progressismo da atuação profissional, ao mesmo tempo em que se desvalorizava o aspecto individualizado da profissão, por esse não ser portador de um conteúdo político transformador. A atuação profissional em instituições no atendimento às demandas individuais passou a ser desvalorizada, ficando o espaço institucional a mercê de agentes descompromissados com a democratização do acesso e com a qualidade dos serviços prestados à população. Com isso, a prática do plantão foi permeada por uma visão fatalista e retrógrada sendo apreendida como uma ação apenas para “adequar o indivíduo ao meio social”.

Muito embora, essa visão refletisse a percepção dos assistentes sociais nos marcos de efervescência do movimento de reconceitualização na intenção de ruptura com a prática conservadora, ela ainda se faz presente no cotidiano de muitos profissionais que se vêem limitados pelas instituições em que se inserem ou simplesmente por não realizarem uma análise crítica da realidade considerando os nexos implícitos nas demandas trazidas ao seu conhecimento. Assim, o profissional acaba se preocupando em responder às crescentes demandas, naturalizando-as através de procedimentos burocratizados e destituídos de qualquer esforço de análise ou de problematização. Com isso deixa de atentar para as possibilidades que se encontram no cotidiano, que por ser constitutivo da história torna-se passível de transformação.

De acordo com Heller (apud Falcão, 1989, p.23) “A vida cotidiana é a vida do homem inteiro, ou seja, o homem participa na vida cotidiana com todos os aspectos de sua individualidade, de sua personalidade [...]”. A vida cotidiana compreende um conjunto de atividades que caracteriza a reprodução dos homens singulares que, por seu turno, criam a possibilidade de reprodução social (FALCÃO, 1989). Com isso, o cotidiano se configura como espaço heterogêneo compreendendo as várias dimensões da vida do homem, que são sua vida privada, os momentos de lazer, de descanso, etc.

Entretanto, conforme salienta Falcão (1989, p. 19),

[...] a vida cotidiana é um espaço modelado pelo Estado e pela produção capitalista, para erigir o homem em robô: um robô capaz de consumismo dócil e voraz, de eficiência produtiva e que abdicou de sua condição de sujeito, cidadão. É assim que a vida cotidiana é para o Estado e para as forças capitalistas, fonte de exploração e espaço a ser controlado, organizado e programado.

Assim, dada essa caracterização do cotidiano como também espaço de alienação, torna-se essencial que o profissional de serviço social realize um processo de suspensão dessa cotidianidade de forma a compreender a realidade que se esconde por trás das percepções orientadas pelo senso comum. Tal processo é mediatizado por meio de uma atitude crítica frente a realidade de trabalho rompendo com atitudes conservadoras e inativas

O Serviço Social é uma profissão que tem características singulares, sua especificidade está no fato de atuar sobre todas as necessidades humanas de uma dada classe social. É por isso que os profissionais de Serviço Social atuam basicamente na trama das relações de conquista e apropriação de serviços e poder pela população excluída e dominada (FALCÃO, 1989).

A prática social do assistente social pode adquirir, igualmente, uma direção mais profunda e global quando esta se insere na práxis social⁸ mais ampla. Ela supõe um processo de reflexão/ação e, sobretudo, supõe uma atividade humana que se despojou da consciência comum, da prática utilitária, espontaneísta, e galgou um nível superior de consciência que se expressa em ação criadora, transformadora, realizante e gratificante (FALCÃO, 1997).

⁸ Segundo Vasquez (1977), práxis social considera o homem como sujeito e objeto dela, compreendendo atos orientados no sentido de sua transformação como ser social, e por isso destinado a mudar suas relações econômicas, políticas e sociais. Trata-se ainda de uma atividade humana que toma por objeto não um indivíduo isolado, mas sim grupos ou classes sociais, e inclusive a sociedade inteira.

É por todas essas considerações que se destaca a importância da intervenção do assistente social no plantão como profissional facilitador desse processo que direciona os sujeitos a refletirem sobre sua realidade. Assim, para que o exercício do plantão supere os limites do cotidiano as necessidades apresentadas pela demanda precisam ser “problematizadas como questões/necessidades coletivas, elevando não só os usuários, mas também os próprios profissionais, à condição humano-genérica⁹” (LOPES, 2006, p.4).

Especificamente no campo da saúde, o plantão se caracteriza ainda, por ser por ser uma atividade receptora de qualquer demanda da unidade de saúde/do usuário, funcionando na maioria das vezes em locais precários quanto ao tamanho, localização e instituição. Assim, é comum observar nesses espaços, um ou mais assistentes sociais, dividindo o mesmo espaço físico onde aguardam serem procurados, de forma passiva por usuários que buscam espontaneamente ou são encaminhados ao plantão do Serviço Social.

No Plantão, independentemente da unidade, o usuário é recebido, ouvido (“procura esclarecer os motivos da procura ou do encaminhamento”) e encaminhado para recursos externos e/ ou recursos internos tendo como parâmetro o “bom” andamento da rotina institucional, os recursos disponíveis e as demandas explícitas dos usuários por orientações e inserção na rotina (VASCONCELOS, 2006, p. 247).

Conforme já exposto, o plantão não se qualifica como atividade planejada, sistematizada e avaliada nas suas conseqüências, assim, os assistentes sociais não costumam realizar estudos sobre as demandas dos usuários nem as demandas institucionais, realizando ações a partir de demandas espontâneas ou selecionadas e dirigidas ao Serviço Social pelos demais profissionais de saúde/serviços. Com isso, não conta com a quantificação estatística dos atendimentos, que objetive conhecer a variação da demanda, as solicitações por serviços e recursos materiais e a própria utilização do Serviço Social e dos serviços da unidade.

Conforme Vasconcelos (2006) o plantão não conta com profissionais qualificados para reconhecer a necessidade de considerar o perfil da população que procura o Serviço Social e as demandas implícitas, explícitas e potenciais, para que se possa fazer levantamento dos recursos necessários para o planejamento da atenção na unidade.

⁹ A condição humano-genérica compreende a passagem do homem inteiro (muda relação de sua particularidade e genericidade) para o inteiramente homem (unidade consciente do particular e do genérico). Essa passagem se dá por meio da suspensão da cotidianidade; o que se torna possível quando um projeto, uma obra ou um ideal convoca a inteireza de forças e então suprime a heterogeneidade. A homogeneização, portanto, é a mediação necessária para suspender a cotidianidade e somente ocorre quando o indivíduo concentra toda sua energia e a utiliza numa atividade humana genérica que escolhe consciente e autonomamente (FALCÃO, 1989).

Outro ponto a salientar refere-se à diversidade das demandas que surgem num plantão e que, na maioria das vezes, ultrapassa a esfera particularizada do setor saúde, ou seja, mesmo os assistentes sociais estando situados no interior da política de saúde, não se pode perder de vista que, o aumento da pobreza aponta para multiplicidade de carências apresentadas pelos usuários, que em contato com o assistente social expõe as várias facetas dos problemas que enfrenta, não se restringindo aos aspectos biológicos que incidem sobre o processo saúde/doença (VASCONCELOS, 2006).

Tal fato se evidencia no aparecimento de demandas típicas da assistência social o que é totalmente legitimado a partir do momento em que se concebe a saúde como resultante de uma série de fatores que incidem sobre a qualidade de vida dos sujeitos. Assim, demandas por alimentação, habitação, orientação previdenciária, programas sociais além de requerer a intervenção de um profissional conhecedor da realidade social passam a ser concebidas como atividades partícipes no processo de promoção da saúde (MARQUES, 1997).

Feitas essas considerações, considera-se o plantão como uma atividade fundamental à aquisição de experiência profissional, visto ser um espaço de trabalho muito rico, caracterizado por uma grande variedade de demandas que são postas ao assistente social no cotidiano de sua prática. Também é, ao mesmo tempo, um espaço incrivelmente desafiador, pois não acontecem nele casos presumíveis, fáceis de resolução. Assim, torna-se essencial a intervenção de um profissional competente e sintonizado com as premissas do Código de Ética profissional de forma a imprimir a sua prática um caráter transformador.

A seguir, abordar-se-á as particularidades do plantão social situado na ULS do Saco Grande realizando um breve histórico sobre o início das atividades pelas estagiárias de Serviço Social da UFSC.

3.2.1 O Plantão Social na Unidade Local de Saúde do bairro Saco Grande

O projeto Plantão Social na ULS do Saco Grande passa a compor o quadro de atividades das estagiárias e residentes de Serviço Social a partir de junho de 2006 quando foi aberto este espaço para o atendimento às demandas emergentes na unidade. Antes do plantão social, o atendimento individual aos usuários era realizado mediante agendamento.

A criação deste projeto adveio da necessidade de atender as demandas emergenciais da população usuária da unidade no momento em que elas aparecem, tendo em vista a articulação dos serviços de saúde com as demais políticas setoriais e a efetivação da perspectiva de atendimento integral priorizando a promoção da saúde, tal como rege o SUS.

Tal pretensão foi possível pela inserção da Rede Docente Assistencial, assim como do próprio profissional de Serviço Social nesta unidade, que conforme já mencionado, insere-se na atenção básica por intermédio dessa iniciativa.

Antes de se iniciarem as atividades no plantão social, as estagiárias realizaram estudos em cima dos prontuários daqueles usuários que já haviam sido atendidos e acompanhados pelo serviço social desde sua inserção na unidade, isto é, 2002. Esse estudo preliminar objetivava a coleta de informações que indicassem as necessidades e solicitações mais frequentes dos usuários para que se pudesse buscar estratégias para qualificar os atendimentos. Neste mesmo intuito, foram confeccionados materiais informativos esclarecendo sobre o que é o Serviço Social e o que faz o Assistente Social. Assim, essa etapa compreendeu a abordagem dos usuários da saúde durante o acolhimento, onde as estagiárias intervinham recebendo, informando e orientando os usuários sobre quando estes poderiam buscar o atendimento do Serviço Social. Nesta oportunidade, também foi feita a divulgação do projeto para todos os profissionais da unidade, de forma que todos soubessem da existência de um espaço profissional onde as necessidades sociais da população local poderiam ser acolhidas e/ou solucionadas.

Do objetivo geral deste projeto está o de:

- Atender as demandas dos usuários, advindas espontaneamente ou através de encaminhamentos de outros profissionais da ULS, visando solucionar estas demandas e buscando realizar uma reflexão com os usuários sobre sua condição e qualidade de vida e o contexto no qual está inserido, realizando encaminhamentos quando necessário (MARTINI, 2006, p. 27).

Quanto aos objetivos específicos estão:

- Buscar a solução imediata da necessidade trazida pelo usuário através de ações intersetoriais e, caso não seja não possível, transmitir ao usuário informações corretas e seguras sobre os meios para obter a satisfação das suas necessidades;
- Desenvolver ações sócio-educativas informando os usuários sobre seus direitos e os meios para acessá-los, propiciando um espaço de reflexão

sobre a demanda trazida por ele, e sobre demais aspectos presentes no contexto onde está inserido (MARTINI, 2006, p. 27).

As estagiárias de serviço social referentes ao semestre 2006/2 (onde se insere a acadêmica responsável por este trabalho) deram prosseguimento às atividades iniciadas no semestre anterior, desenvolvendo ações condizentes àquelas designadas pelo projeto, realizando o atendimento das demandas no intuito de sua resolução. Entretanto, para além da resolução da problemática trazida pelos sujeitos no plantão social procurou-se criar um diálogo reflexivo com os mesmos de forma a esclarecer o intuito do serviço social na unidade, bem como apresentar as políticas públicas enquanto direitos socialmente conquistados.

Antes de iniciar a atividade do plantão social, as estagiárias tomaram conhecimento de alguns registros de atendimentos do serviço social no plantão social que trazem as situações, as demandas e os encaminhamentos do serviço social. A pedido da supervisão de campo, as estagiárias contaram com o auxílio de uma ex-estagiária da unidade de saúde que explicou sobre a prática do serviço social no plantão social destacando as dificuldades presentes neste espaço como a falta de alternativas para encaminhamento de situações envolvendo a provisão emergencial de alimentos.

Procedeu-se nesse momento com a divulgação do plantão social para os usuários da saúde e profissionais da unidade indicando o reinício das atividades, dias e horários da realização dos atendimentos pelo Serviço Social. Os atendimentos foram realizados todas as segundas e sextas-feiras no período vespertino. Inicialmente o atendimento no plantão social era realizado na antiga sala do fraldário, no andar térreo da unidade de saúde, posteriormente passou a funcionar no consultório próximo a coordenação da unidade de saúde.

Assim, o próximo item irá abordar algumas questões suscitadas durante o período de estágios e que remetem a prática profissional no âmbito da atenção básica à saúde, onde se insere o plantão social. Neste intuito, convém anteriormente apresentar algumas características básicas dos usuários que procuraram o plantão da ULS do Saco Grande de forma a melhor compreender as particularidades deste espaço no âmbito dos serviços de saúde.

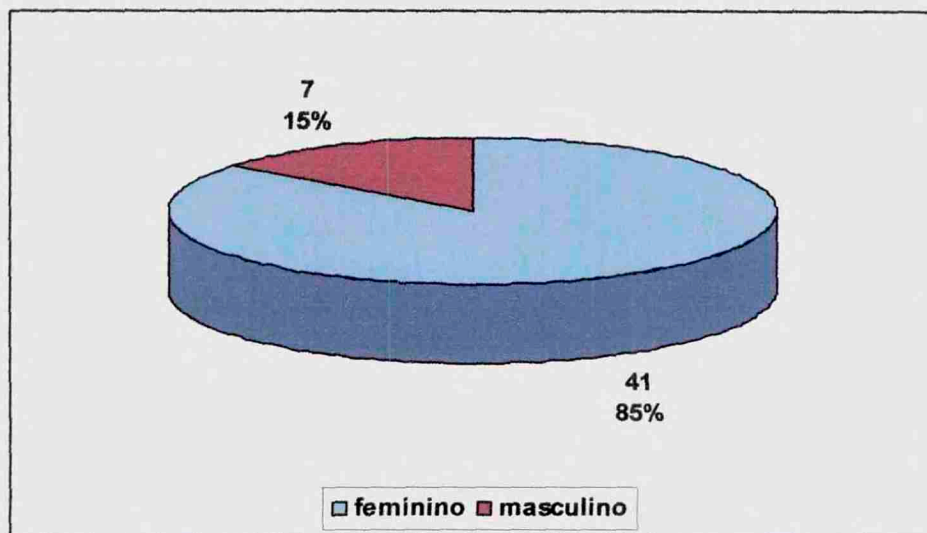
3.2.2 Perfil dos usuários e demandas apresentadas ao Plantão Social da ULS do bairro Saco Grande

A pesquisa que será apresentada neste trabalho pretende abordar algumas características básicas dos usuários da saúde que procuraram o Serviço Social no plantão social da ULS do Saco Grande apontando para a compreensão deste importante espaço de atuação profissional.

Assim, conhecendo por meio da pesquisa o perfil do usuário da saúde, bem como sua demanda permite-se que o atendimento se desenvolva de forma qualitativa assim como o encaminhamento a ser dado se faça de forma satisfatória e comprometida com os interesses da população demandante.

Adentrando aos resultados da pesquisa em torno do perfil dos usuários atendidos no plantão e suas respectivas demandas pôde-se constatar, ao analisar **Gráfico 1**, que grande maioria dos usuários que procuram o plantão social são mulheres (estimadamente 85%) em contraposição a incidência de homens (apenas 15%), o que pode ser reflexo do alto desemprego entre as mulheres. Dados do IBGE/PNAD (2005) concorrem para essa constatação, indicando uma taxa de desocupação entre as mulheres de 11,7% enquanto que o índice entre os homens permanece bem abaixo deste valor, em torno de 6,8%. Em SC a taxa de desocupação entre homens e mulheres, embora amena em relação a margem nacional, ainda traduz diferenciações de acesso ao trabalho reafirmando uma maior incidência de mulheres não empregadas, cerca de 5,8 % em contraposição a taxa de desocupação masculina que é de 3,4% (uma das menores dos estados brasileiros).

Gráfico 1 – Atendimentos conforme o sexo.



Fonte: Juliana Adriano, com base na análise das fichas de atendimento dos usuários.

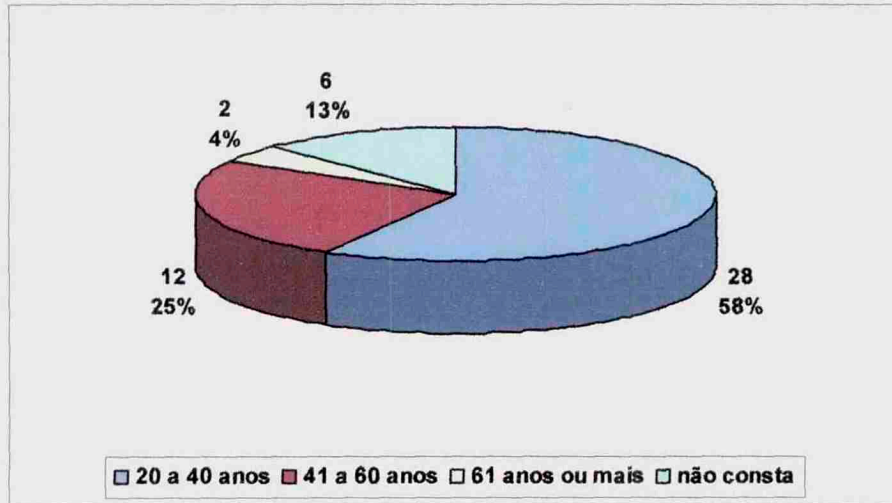
Importante destacar que alguns dos homens que procuraram o plantão social destinaram-se a solicitar informações para outras pessoas da família, que por ocasião de grave enfermidade ou outros impedimentos não puderam se deslocar até a unidade de saúde. Evidencia-se também que a maior quantidade de mulheres atendidas no plantão social está atrelada a uma forte cultura de nossa sociedade que determina a mulher como a responsável pelo cuidado com a casa e os filhos, o que reflete sua maior inserção nos espaços públicos, dentre estes, o da saúde.

No que se refere à idade dos usuários atendidos no plantão social, observa-se no **Gráfico 2** uma significativa ocorrência de pessoas na faixa etária compreendida entre 20 a 40 anos, correspondendo 58% do total de fichas analisadas. Na sequência aparecem os usuários na faixa de 41 a 60 anos (25%), e de 61 ou mais respondendo a apenas 4%. 13% não apresentam informações referentes à faixa etária, o que remete a consideração realizada na introdução deste trabalho em torno das dificuldades na coleta de informações para caracterização do perfil dos usuários.

Assim, foram encontradas fichas incompletas no que se refere ao preenchimento de informações como grau de instrução, idade e ocupação, que passavam despercebidas pelas estagiárias. Assim, quando os itens grau de instrução e idade não estavam presentes nas fichas

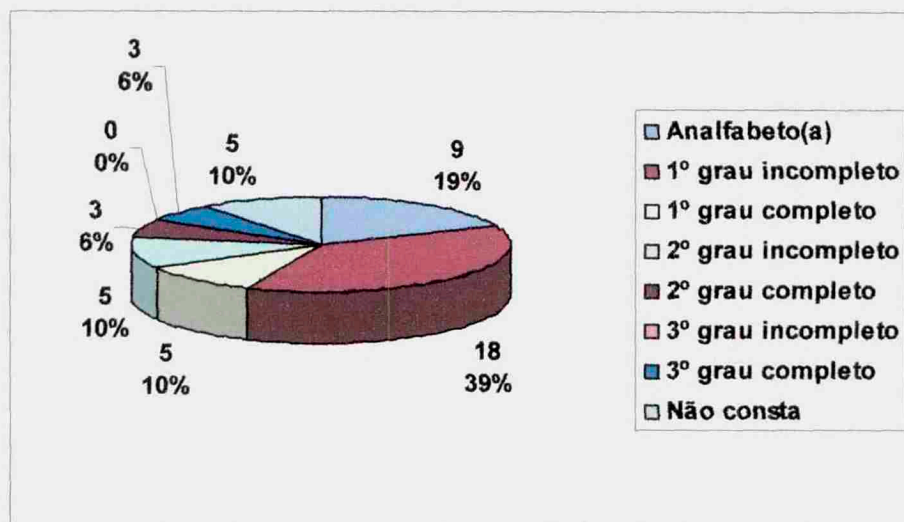
utilizou-se o recurso do sistema informatizado de saúde onde puderam ser resgatadas, por meio do nome do usuário, algumas informações procuradas. No que se refere a categoria renda, esta não era solicitada na ficha mas podia ser detectada por meio do item ocupação ou na parte destinada ao relato da situação, onde muitas vezes eram descritas informações importantes para o intuito da pesquisa.

Gráfico 2 – Faixa etária dos usuários



Fonte: Juliana Adriano, com base na análise das fichas de atendimento dos usuários.

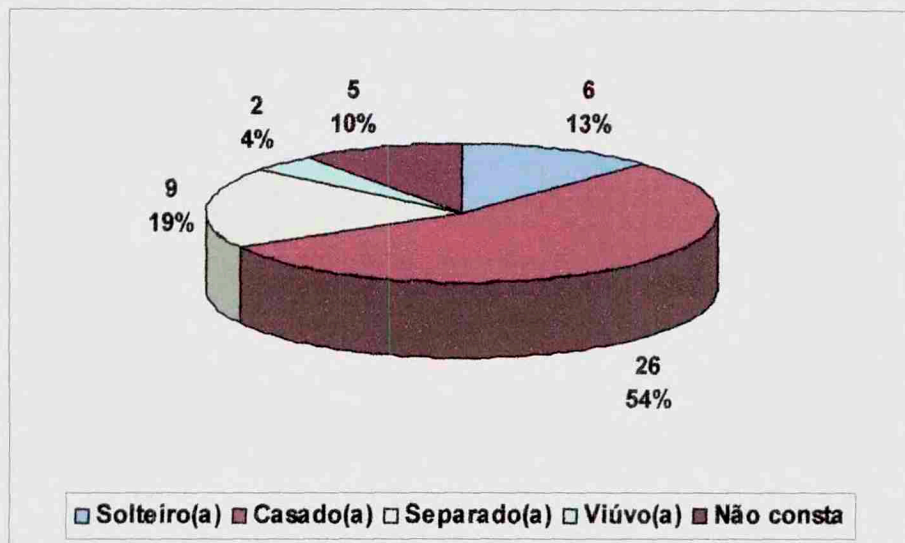
Em relação ao grau de instrução (**Gráfico 3**) há um maior número de pessoas que possuem o ensino fundamental incompleto (cerca de 39%), porém pôde ser observado também a alta incidência de pessoas analfabetas (19%), o que de fato reflete a realidade de muitas comunidades carentes na região e explica, em parte, a condição de pobreza a que estão submetidas. Segundo o IBGE (2005) a taxa de analfabetismo no Brasil é de 11,4%. No estado de SC, há um índice de analfabetismo menor do que o dado nacional (4,8%) e, no que se refere ao sexo, as mulheres são maioria no estado, isto é, segundo a mesma pesquisa há uma taxa de analfabetismo em torno 5,1% enquanto entre os homens a taxa é de 4,4%. O gráfico ainda apresenta uma pequena parcela dos usuários com ensino superior completo (apenas 6%).

Gráfico 3 – Grau de escolaridade dos usuários

Fonte: Juliana Adriano, com base na análise das fichas de atendimento dos usuários.

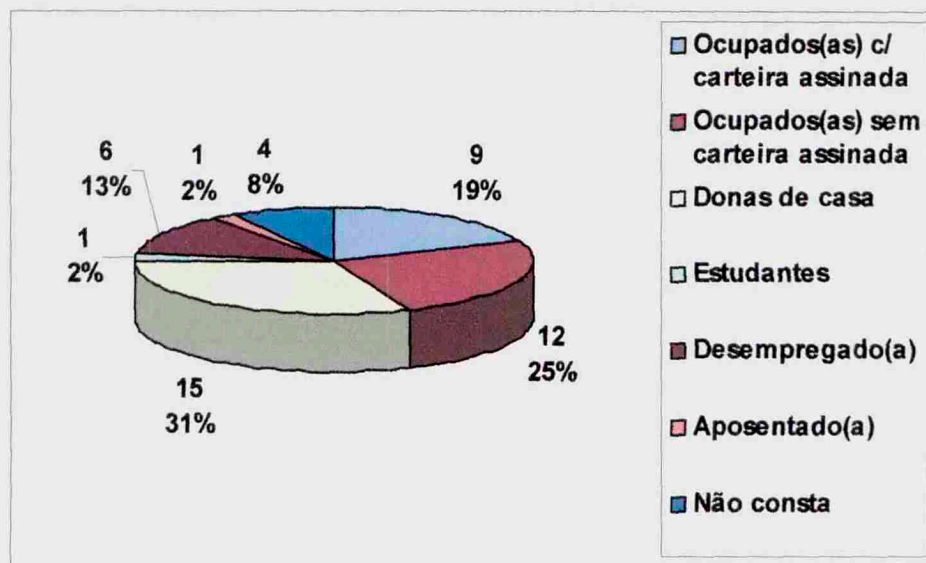
Em relação ao estado civil dos usuários da saúde atendidos no plantão constata-se a predominância da condição de casados (cerca de 54%) seguido daqueles que se encontram separados (19%). A estimativa referente a opção “casados” incluem desde aqueles casados oficialmente como os que moram juntos e assim se consideram casados. Assim como o item “separado” também incluem os divorciados e aqueles onde há separação de corpos. Os solteiros correspondem a 13% dos atendimentos realizados seguidos daqueles que não informarão a situação civil e dos viúvos, respectivamente, 10% e 4% conforme pode ser observado no **Gráfico 4**.

Gráfico 4 – Estado civil dos usuários



Fonte: Juliana Adriano, com base na análise das fichas de atendimento dos usuários.

O item referente a ocupação, representado pelo **Gráfico 5**, mostra um número maior de mulheres autodenominadas *do lar* (31%), seguido daqueles que estão na informalidade (cerca de 25%). O número de empregos formais (com carteira assinada) somam 19%. Vê-se que no aspecto relacionado ao trabalho há uma predominância da informalidade e conseqüentemente sujeitos desprovidos de seus direitos. Os chamados “bicos” e atividades como doméstica, diarista, servente e babá são aquelas mais observadas como fonte de renda daqueles que trabalham na informalidade. Segundo dados do IBGE/PNAD (2005), 46,4% da população ocupada contribuem para previdência social enquanto que mais da metade (53,3%) não contribui (deste percentual a pesquisa ainda mostra que as mulheres são a maioria). Observa-se também a partir desta pesquisa que dos trabalhadores sem carteira assinada (28,9%) ganham até $\frac{1}{2}$ salário mínimo mensais e 16% recebem mais de 2 salários; já com os empregados de carteira assinada ocorre o inverso, ou seja, 10% ganham até $\frac{1}{2}$ salário mínimo enquanto que a grande maioria (28,4%) corresponde a ganhos de mais de 2 salários mensais. Importante salientar que de acordo com informações do DataPrev (2005) daqueles que contribuem para o Regime Geral da Previdência Social - RGPS a grande maioria são os empregados formais contabilizando mais de 24 milhões de contribuintes (de um universo de 31.241.490 contribuintes). Os contribuintes individuais não chegam a 5 milhões, assim como os empregados domésticos que também representam uma margem pequena de contribuintes, pouco mais de 1 milhão.

Gráfico 5 – Situação ocupacional dos usuários

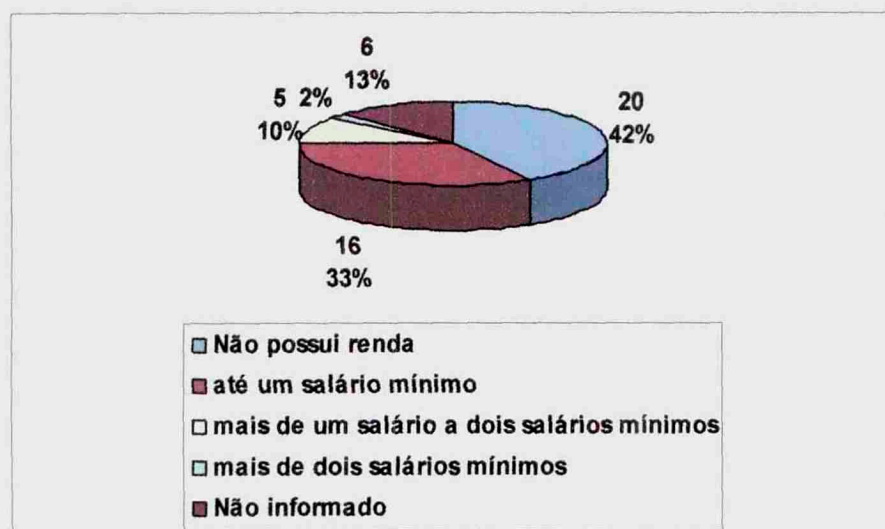
Fonte: Juliana Adriano, com base na análise das fichas de atendimento dos usuários.

Assim, pode-se refletir que os usuários que se encontram inseridos no mercado informal, além de ganharem bem menos em relação aos empregados com carteira assinada, também compõem uma categoria à margem dos mecanismos de proteção ao trabalho, uma vez que, o salário que recebem mal supre as necessidades básicas da família, impossibilitando assim sua inserção no sistema previdenciário como contribuinte individual. Supõe-se também que a não contribuição por parte de alguns trabalhadores informais resida no desconhecimento da previdência social e sua importância em situações adversas oriundas da insegurança e vulnerabilidade do trabalho.

Na seqüência dessa reflexão percebe-se em relação a renda dos usuários atendidos no plantão social (**Gráfico 6**) um maior número daqueles desprovidos de renda fixa (42%), uma vez que, a maioria dos atendimentos foram realizados a mulheres, em sua grande maioria donas de casa entendendo, assim, que estas não dispunham de renda advinda de um trabalho externo. Somam-se a este percentual, parte dos desempregados, estudantes ou aqueles cuja remuneração depende do aparecimento de “bicos” e outras oportunidades esporádicas. O

gráfico também mostra um percentual significativo daqueles que recebem até um salário mínimo (350 reais)¹⁰ correspondendo a 33%.

Gráfico 6 – Renda dos usuários



Fonte: Juliana Adriano, com base na análise das fichas de atendimento dos usuários.

Em resumo, sobre o perfil dos que procuraram o plantão social na ULS do Saco Grande, pôde-se constatar que grande parte são mulheres na faixa etária que vai de 20 a 40 anos, com ensino fundamental incompleto. São mulheres em sua maioria casadas, autodenominadas como do lar (donas de casa) e que não dispõem de renda salarial.

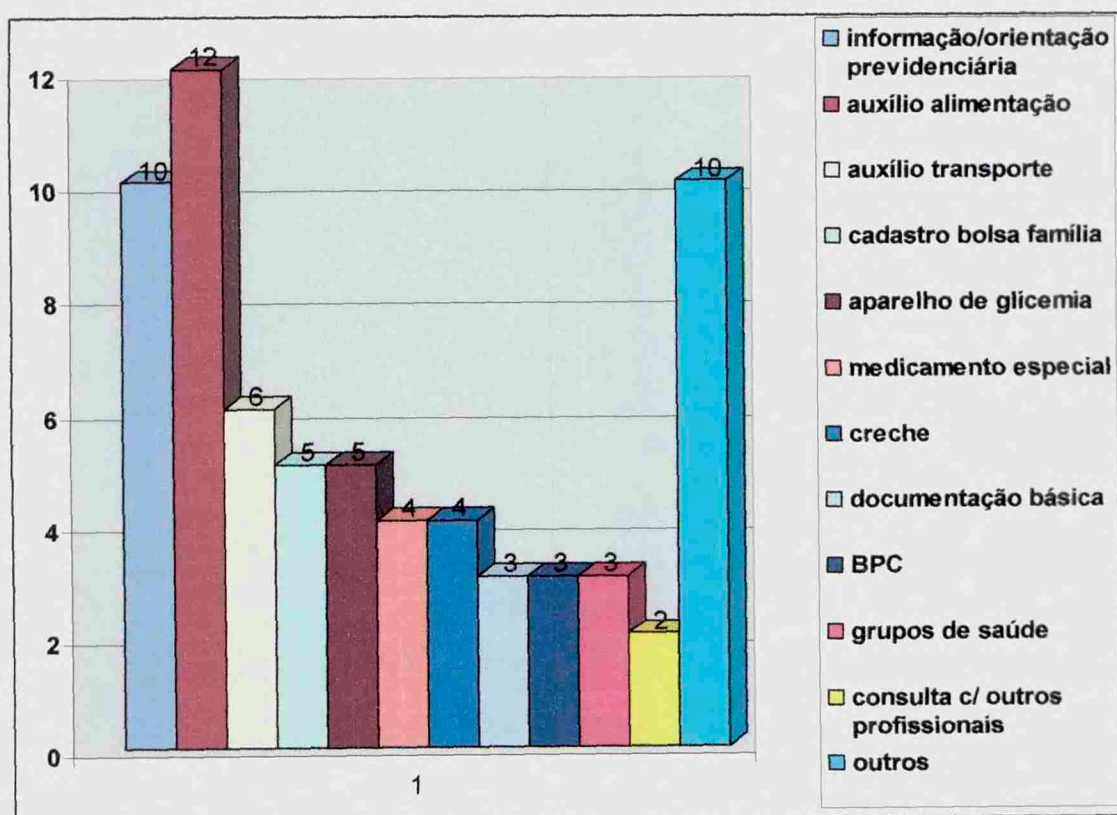
Quanto às demandas apresentadas pelos usuários, pode-se observar no **Gráfico 7** um maior número daqueles que procuraram o plantão social em busca de cesta básica, um total de 12 usuários. Este número nos leva a considerar que as transformações no mundo do trabalho têm contribuído para o acirramento da pobreza, com grandes parcelas de trabalhadores brasileiros destituídos das condições mínimas de subsistência. Também se destaca uma significativa demanda por informações e orientações previdenciárias (10 usuários), o que reflete as dificuldades da população sobre o conhecimento da legislação que orienta a concessão de benefícios e também sobre a inscrição no sistema contributivo. Tal evidência quanto a essas demandas requer do Assistente Social não somente o domínio em torno da

¹⁰ Salário correspondente ao período da pesquisa.

legislação previdenciária, mas também das leis trabalhistas, bem como de outras informações que possibilitem o acesso quantitativo e qualitativo dos sujeitos aos direitos de cidadania.

A diversidade de demandas como as que se apresentam no gráfico remete à cronificação da pobreza aliada a precarização das políticas públicas e sociais nas diversas esferas: saúde, educação, transporte, habitação, trabalho e renda, segurança etc. Assim, as ineficiências dessas políticas tendem a emergir no espaço institucional em que se insere o assistente social requisitando sua resolução.

Gráfico 7 – Demandas apresentadas pelos usuários¹¹



Fonte: Juliana Adriano, com base na análise das fichas de atendimento dos usuários.

Outro dado relevante refere-se à quantidade de demandas tipificadas como outras (10), representadas pelas seguintes demandas: informação jurídica, passagem de ônibus,

¹¹ Para construção do gráfico 7, referentes às demandas evidenciadas no atendimento no plantão, ampliou-se o universo da pesquisa, compreendendo também parte das demandas apresentadas no semestre anterior, no intuito de apresentar uma visão mais ampla sobre os requisitos profissionais nesta unidade de saúde. Assim, foram analisadas 67 fichas de atendimento num total de 83.

informação sobre isenção do Imposto Predial Territorial Único – IPTU, pilha para aparelho auditivo, leite especial, abrigo para mulher vítima de violência, auxílio mudança, fraldas geriátricas, óculos, mediação familiar. Como já mencionado, essas multiplicidades de carências vão requerer a ação de um profissional competente que saiba articular saberes e criar estratégias capazes de responder às essas demandas e/ou encaminhá-las às instituições competentes.

Percebe-se também no gráfico, uma baixa incidência de demandas próprias da área da saúde (20) se somados às outras requisições dos usuários como o auxílio alimentação (cesta básica), informações previdenciárias, programas do governo federal, benefício da assistência social, documentação básica e creche (total de 29 usuários). Entretanto, esse fato não desqualifica a atuação do serviço social na saúde, pelo contrário, pois a saúde tal como concebida pelo SUS legitima a ação profissional direcionada a contemplar as necessidades sociais dos usuários, as quais, contraditoriamente, não são supridas pelo sistema de saúde.

É com base nessas considerações que se analisará, a seguir, a intervenção das estagiárias no plantão social da ULS do Saco Grande, de maneira a compreender as particularidades desse espaço profissional observando os avanços e obstáculos evidenciados na materialização do fazer profissional orientado pelo projeto ético-político profissional.

3.2.3 Intervenção Profissional à luz do projeto ético-político profissional: possibilidade e limitações

A década de 1990, representou para o Serviço Social brasileiro um amadurecimento teórico e político da questão ética, processo, este, vinculado à ruptura iniciada com o Código de 1986 e a sua revisão culminando no Código de Ética de 1993.

O Código de 1986 representou um marco da ruptura ética e ideopolítica com a perspectiva com as influências tradicionais do Serviço Social caracterizadas pelo neotomismo e, também, pelo funcionalismo. Entretanto, esse código mostrou-se insuficiente do ponto de vista teórico-filosófico¹². Ademais, apresentou também, fragilidades quanto a sua operacionalização no cotidiano. No campo dessas limitações, sinalizava-se para seu processo de revisão no intento de garantir que o Código de Ética profissional pudesse se constituir em

¹² A década de 80 se caracteriza por uma defasagem quanto aos debates e na literatura sobre a ética profissional. Considerando que a ética supõe uma fundamentação que é própria do campo da filosofia e de um saber de caráter ontológico, a vinculação da profissão ao marxismo não possibilitou avanços neste aspecto normativo que se pretendia especificar, uma vez que, a história do marxismo é também marcada por uma insuficiente produção ética e por uma crítica à filosofia, especialmente até os anos 50 (BARROCO, 2004).

um instrumento político e educativo, sem deixar de contemplar o aspecto normativo e punitivo (PAIVA & SALES, 1996).

Nesse intento, precisava-se tematizar o dever ser, isto é, como a prática pode ser realizada de acordo com os princípios éticos definidos pelo projeto político profissional, devendo recusar o que não é aceitável dentro do exercício do Serviço Social.

Os atores mais progressistas da profissão atentavam para construção de um Código Ética que contemplasse os anseios dos Assistentes Sociais preocupados com um projeto que rompesse definitivamente, com a herança conservadora tendo em vista a construção de um novo perfil profissional. Para isso, a profissão encontra respaldo teórico nas produções desenvolvidas na década de 90 em torno da ética, com a contribuição da filosofia e da reflexão de autores orientados pela antologia social de Marx.

Na revisão, que deu forma ao Código hoje em vigor, as unilateralidades foram corrigidas e o novo texto incorporou tanto o acúmulo teórico realizado nos últimos vinte anos pela categoria, quanto os novos elementos trazidos ao debate ético pela urgência da própria revisão.

De acordo com Paiva & Sales (1996, p. 174) o Código de Ética Profissional do Assistente Social,

Tratou-se de um esforço coletivo que visava redimensionar o significado dos valores e compromissos ético-profissionais, na perspectiva de lhes assegurar um respaldo efetivo na operacionalização cotidiana do Código, enquanto referência e instrumento normativo para o exercício profissional, entre outros propósitos.

Assim, Código de 1993 implicou de um lado a superação da visão ética formal que restringe a ética à sua configuração legal, isto é, a um conjunto de normas e deveres legais que, historicamente, têm ocultado o conjunto de mediações que constituem a ética profissional. Por outro lado, trata-se de enfrentar a problemática em torno da necessidade de organizar teoricamente o ethos profissional, seus valores, princípios e teleologia. Contudo, é a partir da inscrição da ética no Código de 1993 que o projeto profissional começa a ser tratado nacionalmente como “projeto ético-político”. (BARROCO, 2004)

Conforme ressalta Netto (1999, p.99), todo projeto profissional possui uma dimensão ética que pressupõe normatizações como aquelas que estão expressas no Código de Ética dos profissionais. Entretanto,

[...] envolvem ainda as escolhas teóricas, ideológicas e políticas das categorias e dos profissionais – por isto mesmo, a contemporânea designação dos projetos profissionais como projeto ético-político revela toda a sua razão de ser: uma identificação ética só adquire efetividade histórico-concreta quando se combina com uma direção político-profissional.

No seguimento desta reflexão, a dimensão política dos projetos profissionais deve-se ao fato de eles estarem vinculados a projetos societários maiores que envolvem o conjunto da sociedade. Com isso, a junção dos valores éticos e políticos orientam não somente a intervenção profissional junto a usuários, instituições e outros profissionais, mas também compreende esse objetivo macro de realizar uma mudança na base da sociedade de forma a alterar os alicerces da dominação capitalista propondo uma sociedade mais igualitária ancorada no ideário socialista.

Dentre os princípios que são incorporados ao projeto ético-político enfatiza-se, primordialmente, aquele que considera a liberdade como valor ético central e as demandas a ela inerentes: a autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais.

O conceito de liberdade a que faz referencia o Código de Ética dos Assistentes Sociais não se trata de sua concepção presente no liberalismo que a percebe apenas como livre arbítrio, mas sim aquela concepção que se enquadra dentro da perspectiva de que a plena realização da liberdade de cada um requer a plena realização de todos. É a partir dessa concepção de liberdade que o Código de 1993 apóia o resgate da dimensão do indivíduo como sujeito com direito a liberdade (PAIVA & SALES, 1996).

O sentido de liberdade, também desliza para a relação profissional/usuários quando se coloca como dever do assistente social a discussão sobre as possibilidades e conseqüências das situações apresentadas pelos sujeitos, respeitando democraticamente as decisões dos usuários, mesmo que estas sejam contrárias aos valores e às crenças individuais e particulares dos profissionais. (CFESS, 1993). Neste sentido, pondera-se para a liberdade dos sujeitos em escolher dentre as várias possibilidades apresentadas pelo profissional, resguardando as informações sobre as conseqüências de cada uma delas, aquela que julgar mais conveniente não cabendo ao profissional, neste sentido, o direito de intervir nas decisões particulares dos sujeitos, mas fornece-lhe subsídios que possibilitem a reflexão sobre sua problemática para que estes alcancem respostas compatíveis aos seus anseios e indagações.

Consequentemente, o projeto profissional vincula-se a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem dominação e exploração de classe, etnia e gênero. Tal projeto afirma a defesa intransigente dos direitos humanos e a recusa do arbítrio e do autoritarismo. Com isso atua no combate a toda e qualquer forma de preconceitos contemplando, positivamente, o pluralismo tanto na sociedade como no exercício profissional.

A dimensão política do projeto, com a inserção dos princípios éticos do Código de 1993 fica expresso na indicação de que o profissional deve se posicionar em defesa da equidade e da justiça social, na ampliação e consolidação da cidadania e na democracia enquanto meio de socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida.

Pode-se se dizer que a legitimidade do Serviço Social no interior do processo coletivo de trabalho na saúde contribui para efetivar na prática os princípios norteadores do SUS, especialmente os da universalidade, equidade, integralidade focando sua intervenção na perspectiva da promoção da saúde. Sua prática está voltada ao atendimento dos segmentos excluídos social e culturalmente contemplando e efetivando na prática cotidiana a política de saúde tal como se apresenta no texto constitucional e nas leis e normas que regulamentam as ações e serviços concernentes ao SUS (COSTA, 2000). Nesse propósito o profissional também concorre para uma intervenção dentro dos princípios éticos e políticos que orientam sua ação, a partir do momento em que assume a defesa por um sistema de saúde público e de qualidade e se utiliza do caráter essencialmente pedagógico no sentido de contribuir para a conquista, por parte dos usuários, de graus significativos de autonomia e emancipação social.

De acordo com Lopes (2006, p. 05):

A função sócio-educativa ou pedagógica do assistente social em suas diversas áreas de atuação é demarcada pelos vínculos que a profissão estabelece com as classes sociais e se materializa, basicamente, através dos efeitos da ação profissional na maneira de pensar e agir dos usuários, em qualquer que seja a área de atuação do Serviço Social. Por meio do exercício desta função, a prática do assistente social insere-se no conjunto das atividades que incidem sobre a organização da cultura, constituindo-se um elemento importante na construção da dimensão político-ideológica das relações de poder e hegemonia.

As ações sócio-educativas tal como descrita por Lima (2004a, p.06) tendem para uma “consciência reflexiva que oportuniza ao usuário uma compreensão efetiva da sociedade onde vive; dos direitos que possui nessa sociedade; e da responsabilização ética que o profissional em ato deve ter [...]”.

Assim, evidencia-se nesse processo, a importância da socialização e democratização da informação tal como enfatizada no Código de Ética profissional, Capítulo I, que trata das relações com os usuários. Essa ênfase apreende a informação como ferramenta facilitadora de um processo que busca fortalecer o usuário no acesso aos direitos e na alteração das condições sociais nas quais se insere.

Entretanto, cabe salientar que as ações sócio-educativas não se reduzem ao mero repasse de informações válidas, mas transcende para um processo mais amplo de reflexão onde o usuário se perceba “co-partícipe do processo de materialização dos seus direitos” (LIMA, 2004b, p. 10). Nessa direção, as ações sócio-educativas residem numa relação de ensino-aprendizagem entre profissional e usuário de forma a contribuir para que as condições geradoras dos problemas sociais possam ser enfrentadas no âmbito da participação dos usuários na esfera de participação democrática. Em suma, trata-se de uma ação cujo fim se destina à despertar, nos usuários, o senso de pertencimento a uma classe social que, historicamente, vem sendo lesada no âmbito das relações sociais: a classe trabalhadora.

Ao remeter essa reflexão para o espaço do plantão social na ULS do Saco Grande pôde-se constatar por meio das considerações das estagiárias de serviço social que desenvolveram atividades neste projeto, que nem sempre foi possível desenvolver uma ação sócio-educativa na sua totalidade como pode ser observada nas considerações que seguem:

Muitas vezes os usuários demonstravam que desejavam atendimento rápido e imediato, não pareciam dispostos a dialogar e refletir. Falar para o usuário “este é seu direito” parece, não raro, como algo estranho para os usuários que demonstram bastante descrédito em relação ao Estado, ao governo e a política. Contudo, algumas vezes se avançou em relação a ação sócio educativa (Estagiária A).

Observou-se na experiência do estágio supervisionado que a assistência social quase sempre é vista pelos usuários como local a ser procurado quando as outras formas de resolução de seus problemas já se esgotaram e não como espaço de diálogo, de reflexão, de informação e da simples escuta que não somente nos

momentos de extrema dificuldade dos sujeitos mas em qualquer ocasião (Estagiária B).

Tal consideração acima reflete de fato a dificuldade de se empreender uma ação mais compromissada com os princípios ético-políticos em torno da autonomia e plena emancipação dos sujeitos sociais. A não visualização do auxílio requisitado como direito era algo comumente evidenciado nas falas dos usuários que, desconhecendo seus direitos e a essência do papel do Estado, reproduziam o ideário da ajuda, da benevolência e da “boa vontade” do profissional de Serviço Social. Ademais, a materialização das ações sócio-educativas em sua totalidade, relacionada aos direcionamentos ético-políticos da profissão, também encontram obstáculos, no descrédito dos usuários quanto a política e os canais de participação democrática como foi acima descrito, que por sua vez reflete as consequências do legado neoliberal nas relações entre Estado e sociedade civil, conforme já salientado no capítulo II deste trabalho.

A consideração feita acima sobre a visão distorcida que os usuários têm da assistência social sinaliza para a necessidade apreendê-la como política, e não como ação guiada pela improvisação, pela intuição e pelo sentimentalismo. É preciso caracterizá-la como um processo complexo que, embora não descarte o sentimento (de cooperação, de solidariedade e até de indignação diante das iniquidades sociais), é ao mesmo tempo racional, ético e cívico. (PEREIRA, 2001)

Portanto, é neste sentido que deve se pautar a ação do Serviço Social no cotidiano de sua prática interventiva desmistificando o conteúdo estigmatizante atrelado à assistência social e aos auxílios que esta política concede, apreendendo sua ação na perspectiva do direito. Desmistificar a política de assistência também remete aos esclarecimentos acerca dos espaços profissionais que trabalham na sua implantação e efetivação, bem como dos profissionais de Serviço Social. Conforme aponta Pereira (1996, p. 11, grifo meu) “é a imprecisão, o desprestígio e a largueza interpretativa do adjetivo *social* que tem transformado a assistência em alvo de preconceitos”. Algo que, não exclui outras categorias de serem vistos da mesma forma equivocada como por exemplo: o *Serviço Social*, o *Assistente Social* e o próprio *Plantão Social*.

Ainda com relação aos obstáculos destaca-se, unanimemente, a menção das estagiárias quanto ao caráter seletivo e extremamente excludente das políticas e programas sociais. Tal situação caracteriza-se na prática pela falta de alternativas para encaminhamentos, principalmente no que se referiam às demandas emergenciais, em sua maioria relacionadas à alimentação, como as afirmações que sucedem:

Outro desafio foi a falta de alternativas para encaminhamentos e a seletividade dos projetos e programas sociais. Com isso, muitas demandas de situações sócio-emergenciais foram encaminhadas para as instituições filantrópicas do bairro que também são seletivas e, mesmo assim, não conseguem atender toda demanda (Estagiária A).

Situações presenciadas no plantão social envolvendo a provisão emergencial de alimentos, são questões muito complexas, pois sabe-se que as pessoas precisam deste auxílio mas a garantia deste, é prejudicado pela dificuldade de acesso. Isto porque, na maioria das vezes, a pessoa necessita se deslocar até o local onde é realizado o cadastro na incerteza de conseguir o benefício, pois o mesmo se utiliza de critérios extremamente excludentes para acesso, assim como todas políticas sociais existentes (Estagiária B).

Outro desafio presente na execução deste projeto foi lidar com a dificuldade que os usuários encontram para obter os benefícios emergenciais disponibilizados pelo município e pelo governo federal, como as cestas básicas e o benefício do Bolsa Família. [...] Esse breve relato indica que não basta instituir leis e programas para garantir benefícios às classes menos favorecidas, quando esses não chegam a quem mais precisa (Estagiárias C e D¹³).

¹³ As estagiárias C e D apresentam em seus respectivos relatórios finais de estágio a mesma percepção sobre a prática no plantão social da ULS do Saco Grande. Acredita-se que ambas realizaram o processo de avaliação de forma conjunta, o que explica as mesmas considerações em ambos os documentos analisados.

Nessas situações, em que o aspecto de urgência foram imperativos para prática profissional, as estagiárias necessitaram recorrer constantemente ao apoio de instituições filantrópicas e beneficentes (geralmente ligadas a igreja) nas proximidades da Unidade local de Saúde do bairro, isto é, embora a prática profissional estivesse voltada a concepção dos benefícios sociais na perspectiva do direito, o encaminhamento a estas entidades não garantiam legitimidade ao discurso profissional, uma vez que, o ato dessas instituições se pautam pela lógica da ajuda, da bondade, do ato voluntário.

Quanto aos demais encaminhamentos sobre auxílios emergenciais, deu-se prioridades as instituições públicas de Florianópolis como Secretaria de Desenvolvimento Social - SDS e CRAS- Norte¹⁴, onde os usuários também são acompanhados por Assistentes Sociais dessas instituições.

No tocante aos aspectos incidentes sobre a profissão, o Código de Ética do Assistente Social implica o compromisso com a competência, o que requer um profissional altamente qualificado e preocupado com a formação permanente no intuito de qualificar sua intervenção. No rol das habilidades que são exigidas ao profissional na atualidade, também se destaca a necessidade de se estimular a atitude investigativa no âmbito do espaço institucional em que se insere o assistente social.

A noção de competência é hoje uma exigência dos novos tempos, advinda das determinações do capital sobre a organização do trabalho, que no âmbito do Serviço Social vai culminar com a necessidade de um novo perfil profissional. Trata-se de uma postura profissional que, embora atenta às necessidades impostas na contemporaneidade, mantém em sua essência a direção ético-política definida pela categoria para subsidiar a prática do Serviço Social, que é aquela comprometida com os interesses da classe trabalhadora e dos segmentos excluídos da sociedade (SOUZA & AZEREDO, 2004).

Assim, a idéia de competência aparece como a necessidade de mobilizar saberes, de articular estratégias em torno do enfrentamento de conflitos e novas expressões da questão social que se refletem na multiplicidade de demandas que são postas ao profissional de

¹⁴ O CRAS-Norte presta atendimento sócio-assistencial articulando os serviços e potencializando a rede de proteção básica. Dentro do espaço físico do CRAS, situa-se o Programa de Atenção Integral à Família (PAIF) cujo público alvo são as famílias que se encontram vulnerabilizadas pela exclusão social, privadas de renda e de acesso aos serviços públicos; com vínculos afetivos frágeis e discriminados por questões de gênero, etnia, deficiência, idade, entre outras. Assim o Programa prevê o atendimento integral à família concorrendo para sua promoção. (informações concedidas pelas assistentes sociais do CRAS Norte (Fernanda e Maria Fernanda) na visita institucional realizada pelas estagiárias de serviço social da ULS do Saco Grande em 9/11/2006).

serviço social independente do espaço institucional que ocupa. Neste sentido, destaca-se a competência como o “saber fazer bem” (RIOS, 1995, p. 47-48), isto é, considerando sua dimensão eminentemente política. Tal consideração vai ao encontro do Código de Ética profissional (1993) que define para ação cotidiana “uma postura de compromisso com aqueles que estão sendo lesados nos processos de corrosão de suas condições de vida” (SOUZA & AZEREDO, 2004, p. 54).

Aliado noção de competência, também se destaca como componente partícipe do processo de materialização do projeto ético-político do Serviço Social, o incentivo a uma atitude investigativa, cuja operacionalização requer o rompimento com as práticas profissionais acríticas, repetitivas e rotineiras, advindas herança conservadora do Serviço Social (FERREIRA, 2004; SOUZA & AZEREDO, 2004).

A atitude investigativa implica em uma ação profissional crítica, que supera os limites impostos pelo senso comum e consegue desvendar para além do aparente as reais causas que estão implícitas nas demandas as quais atende. Para tanto, requer do profissional o distanciamento da vida cotidiana, que por influência do capital, torna-se locus de alienação conformando subjetividades empobrecidas dos sujeitos (FALCÃO, 1997). Implica, neste sentido, para uma atitude filosófica que problematiza, questiona e impõe análises mais aprofundadas acerca das relações sociais inscrita na sociedade. (SOUZA & AZEREDO, 2004).

O cotidiano embora permeado por tendência degenerativas do senso coletivo, evidenciadas numa sociedade de consumo alienada e individualista, em virtude de uma atitude investigativa por parte do profissional “pode se tornar um espaço de transformação e de objetivação de ações que sejam consonantes com os objetivos maiores colocados pela categoria” (SOUZA & AZEREDO, 2004, p. 55).

Em suma, a noção de competência acima referenciada impõe a exigência de um profissional crítico, criativo e altamente qualificado, comportando graus acentuados de saberes e conhecimentos que possibilitem uma intervenção compromissada com os interesses das classes excluídas de forma a contribuir para sua autonomia e plena emancipação.

Na saúde, bem como no atendimento em plantões, a construção desse perfil profissional que se requer na atualidade contribui para desmistificar a atuação neste espaço, historicamente destituído de prestígio e possibilidades de emprego de ações transformadoras.

A concretização do princípio que reconhece a liberdade como valor ético central e das demandas a ela inerentes, quais sejam: a autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais (CFESS, 1993) requer um profissional atualizado, em constante processo de formação e aperfeiçoamento. O que significa que o assistente social precisa estar em sintonia com a legislação que rege o direito às políticas públicas, principalmente as sociais.

No âmbito plantão social, a partir da experiência de estágio, pôde-se constatar a importância do profissional conhecer a legislação que rege as políticas públicas e sociais, bem como as leis que normatizam o trabalho (as CLTs), a legislação previdenciária, a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), os requisitos para inscrição em programas sociais do governo federal como o Bolsa Família, Agente Jovem, dentre outros.

O plantão social da ULS do Saco Grande, por não dispor de recursos financeiros e materiais próprios, caracterizou-se como um espaço potencialmente educativo, onde a democratização da informação na garantia do direito impunha como imperativo o domínio dos conhecimentos já elencados, a fim de que se pudesse responder satisfatoriamente às necessidade, indagações e anseios dos usuários. Nesse sentido, caracterizou-se também pela preocupação e responsabilidade das estagiárias em dispor de informações válidas e concretas no intuito de garantir aos sujeitos os direitos de cidadania.

A construção de um cadastro digital da rede de apoio existente nas proximidades da unidade, bem como na abrangência do município de Florianópolis concorreram para qualificar os encaminhamentos realizados. Também foram igualmente importantes neste sentido as visitas realizadas as principais instituições que desenvolvem políticas sociais como a Secretaria de Desenvolvimento Social, Centro de Referência em Assistência Social do norte da ilha – CRAS- Norte, bem como outras instituições que geralmente se destinam ao atendimento das demandas mais evidenciadas no plantão social.

Tendo em vista as dificuldades dos usuários do plantão social quanto ao deslocamento até a instituição efetivadora de um determinado direito social pretendeu-se realizar um levantamento das entidades locais que pudessem facilitar o acesso dos usuários a bens e serviços sociais de acordo com suas necessidades; conforme se destaca a seguir:

É por isso que evidenciamos a necessidade de fortalecer redes primárias de apoio, constituindo-se de pessoas, organizações e instituições presentes na própria comunidade que o usuário faz

parte. É importante que esta rede esteja estruturada sobre laços de solidariedade, e para isso compreendemos que o sujeito tem que sentir parte integrante do contexto, capaz de modificá-lo através de suas próprias ações (Estagiária C e D).

O cadastro da rede de apoio foi o instrumento mais utilizado para encaminhamento. Em decorrência das mudanças institucionais, foram realizados contatos telefônicos com diversas instituições no intuito de obter as informações necessárias para o encaminhamento e o repasse e informações precisas para os usuários (Estagiária A).

[...] observou-se a preocupação em estar repassando a esses usuários informações concretas para que não houvesse problemas de engano e de insucesso por falta de informação válida na concretização de um direito social. Novamente, se destaca a consciência do profissional sobre a situação econômica daqueles que o procuram e que não tem condições para ficar se deslocando várias vezes dada as altas tarifas do transporte coletivo. Daí a importância de averiguação constante às informações fornecidas pelas redes de apoio a fim de evitar viagens desnecessárias (Estagiária B).

Além da importância referenciada ao cadastro da rede de apoio, observa-se nas duas últimas citações a responsabilidade das estagiárias com as informações repassadas aos usuários tendo em vista a consciência de sua situação sócio-econômica bem como, uma postura condizente aos princípios éticos que regem a profissão, dentre eles o dever de desempenhar suas atividades com eficiência e responsabilidade.

Outro ponto a destacar, foram as formas de atendimento com base no incentivo ao retorno dos usuários ao plantão social de forma possibilitar um melhor acompanhamento de sua situação social comprometendo-se, desta maneira, com a realização de uma intervenção mais conseqüente e atenta às demandas implícitas, que geralmente não aparecem num

primeiro contato com o profissional. Essas considerações sobre os acompanhamentos das situações podem ser observadas nas seguintes proposições:

Com o tempo, foi possível identificar e trabalhar outras demandas no atendimento no intuito de superar o foco sobre a demanda pontual e contribuir para autonomia e o empoderamento dos usuários. Nesse sentido, a perspectiva de continuidade dos atendimentos através dos retornos foi fundamental (Estagiária A).

Os acompanhamentos das situações que apareceram no Plantão é parte fundamental no processo de intervenção [...] Ocorre que muitos usuários procuram o serviço social para situações de caráter emergencial, como cestas básicas, não retornando para dar continuidade ao processo. (Estagiárias C e D).

Assim, a concretização desta proposta no atendimento às demandas emergenciais evidenciadas no plantão social nem sempre foi possível, uma vez que, eram comuns as situações em que os usuários após obter o auxílio requerido não retornavam ao serviço social para dar continuidade ao acompanhamento profissional. Entretanto, cabe ressaltar que o atendimento com base no incentivo ao retorno do usuário contribui para uma prática profissional consonante com os direcionamentos ético-políticos assumidos pela categoria na contemporaneidade.

Dadas as dificuldades apresentadas pelas estagiárias de Serviço Social no desenvolvimento de suas atividades no projeto plantão social, cabe aqui apresentar suas apreensões acerca da importância da profissão no âmbito da política de saúde e suas avaliações em torno do projeto propriamente:

[...] apesar dos obstáculos se considera que foi possível atingir o objetivo do serviço social de contribuir na implementação da concepção da política pública como direito, buscando a melhoria da qualidade e resolutividade dos serviços e ampliação das práticas

democráticas participativas, através das diferentes dimensões da intervenção profissional, a saber: processos político-organizativos, planejamento e gestão e sócio-assistenciais. No estágio, essa contribuição ocorreu principalmente nos eixos sócio-assistencial e de planejamento e gestão (Estagiária A).

O estágio obrigatório nesta unidade, de fato, mostrou ser um campo rico em apreensão do exercício profissional atuando sobre os processos sócio-assistenciais, político-organizativos e de planejamento e gestão. A participação em projetos como o plantão social e acompanhamento das famílias em situação de vulnerabilidade nos permitiram uma maior proximidade com a realidade local (Estagiária B).

[...] é possível perceber que a atuação do Serviço Social na área da saúde é imprescindível, principalmente quando falamos em Programa de Saúde da Família, que propõe a humanização nos atendimentos aos usuários, por meio do estabelecimento de vínculo entre profissionais, usuários e famílias, através da responsabilização da equipe na resolução dos problemas de saúde da comunidade (Estagiárias C e D).

Essas falas convergem para a relevância desse projeto no âmbito da atenção básica de saúde, pois como se constatou a intervenção do profissional de Serviço Social contribui para a garantia do acesso aos direitos de saúde como de outras políticas sociais na perspectiva da integralidade das ações. Assim, reflete-se sobre a necessidade de dar prosseguimento às atividades no plantão social na ULS do Saco Grande.

Realizadas essas considerações, compreende-se que o objetivo fim da intervenção profissional, isto é, a construção de uma nova ordem societária mais justa e igualitária sem dominação de classes seja o mais complexo e, conseqüentemente, o mais difícil de efetivação considerando a conjuntura atual, permeada pela política neoconservadora e sua vertente ideológica pregadora do desmonte dos direitos, bem como da fragilização dos laços de

solidariedade e coletividade. Neste cenário contraditório, o serviço social dispõe de seu caráter pedagógico no sentido de criar nos espaços onde se insere, um canal de reflexão e interlocução com os sujeitos excluídos da sociedade no intuito de remetê-los a um processo de análise e reflexão sobre sua realidade desvendando os nexos implícitos nas relações sociais que o levaram a atual situação em que se encontra.

Em suma, o projeto ético-político sinaliza para a necessidade da categoria se articular com os ideais dos movimentos sociais e com segmentos de outras categorias profissionais que por sua vez, compartilhem de propostas similares de forma a potencializar suas intenções mais amplas em prol de uma sociedade mais justa (NETTO, 1999).

Dados esses avanços no plano da teorização dos princípios éticos como instrumentos normativos da prática profissional e de seu direcionamento político marcado pelo rebatimento as tendências conservadoras, o projeto ético-político profissional depara-se na atual conjuntura com a liquidação dos direitos sociais e de outros valores fundantes do novo arcabouço ético como a democracia, justiça social, equidade, liberdade, universalidade que se encontram ameaçados. Frente a esses desafios, Netto (1999, p.107) ressalta que “a manutenção e o aprofundamento deste projeto depende da vontade majoritária da categoria profissional [...] também do revigoramento do movimento democrático popular, tão pressionado e acuado nos últimos anos”.

Pode-se concluir a partir do exposto neste trabalho que o debate acerca das questões suscitadas na atuação no plantão social concorre para qualificar a prática do profissional em plantões, que desmistificando seu caráter meramente mecanicista em conceder auxílios emergências, adquire uma dimensão pedagógica voltada a conscientização dos sujeitos sobre sua realidade. Além disso, também contribui para esclarecer o papel do Assistente Social na sociedade, apagando definitivamente em seu discurso e prática as características conservadoras trazidas em sua origem e ainda hoje presentes na vida de muitos profissionais que acabam por reproduzir, no ideário da população, a imagem do Serviço Social enquanto atividade assistencialista, movido pela boa vontade e extinto voluntarista.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista o disposto neste trabalho acerca da prática do Serviço Social na saúde, em especial no plantão social, atenta-se para a importância deste projeto na unidade local de saúde do bairro Saco Grande, uma vez que, possibilita o cumprimento do disposto na Constituição, quanto aos princípios da universalidade, equidade e integralidade. Quanto a este último, ressalta-se sua efetivação tanto na perspectiva de articulação da política de saúde com as demais políticas setoriais, quanto na percepção da saúde em sua conotação abrangente, situando os fatores sociais, econômicos e culturais como determinantes da qualidade de vida.

De acordo com Lopes (2006, p. 02), “no sentido de aproximar o profissional à realidade do usuário, o plantão significa a “porta de entrada” para as ações e procedimentos que envolvem o trabalho de assistente social, relacionadas à efetivação de programas, projetos e de políticas sociais como um todo”.

Assim, a prática profissional no plantão social contribui para a promoção da saúde, sendo local privilegiado para ações direcionadas à garantia dos direitos de cidadania, dentre eles os direitos sociais. O plantão também se apresenta como espaço propício para desmistificar a percepção desprestigiada que se faz dele, ancorada na prática interventiva calcada em posturas profissionais acríticas e despolitizadas, bem como local de esclarecimentos quanto aos reais objetivos da ação do Serviço Social.

Nesse sentido, requer a intervenção de um profissional crítico, criativo e propositivo que aposte no protagonismo dos sujeitos e nas potencialidades de sua ação interventiva. Assim, tornam-se requisitos fundamentais para construção de um perfil profissional atento aos novos tempos, a competência e a atitude investigativa. O domínio de conhecimentos válidos aliado a uma postura crítica frente ao que está posto concorrem para construção de um perfil profissional capacitado para o enfrentamento dos obstáculos impostos no cotidiano da prática como para criação de alternativas capazes de imprimir às ações profissionais um sentido transformador. Como aponta Iamamoto (1998, p. 20) um dos maiores desafios do assistente social no presente é o de “desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano. [...] ser um profissional propositivo e não só executivo”.

Acerca do plantão social na ULS do Saco Grande, pôde-se constatar que este se configura como espaço rico para apreensão da prática profissional, dado às múltiplas expressões da questão social que emergem neste espaço evidenciadas nas condições de empobrecimento, exclusão e fragilidade que se encontram os usuários da saúde. As expressões da questão social se evidenciam nas diversas demandas que os usuários trazem ao conhecimento do profissional, em grande parte, relacionadas às necessidades de ordem emergencial, como a alimentação. Assim, infere-se para as bases teórico-metodológicas que os assistentes sociais acionam para iluminar a leitura da realidade e imprimir rumos à ação, que a depender da direção política assumida pelo profissional tanto pode repercutir numa prática mantenedora da situação de dependência do usuário como contribuir para sua emancipação e autonomia. Esta última, a qual se defende aqui, é aquela orientada pelo projeto político ético-político do Serviço Social e conforme bem define Iamamoto (1998, p. 78), “os princípios constantes no Código de Ética são focos que vão iluminando os caminhos a serem traçados, a partir de alguns compromissos fundamentais acordados e assumidos coletivamente pela categoria”.

Conforme evidenciado na pesquisa sobre a análise das estagiárias sobre o plantão social, verificou-se que a prática profissional nesta instituição apresenta diversos obstáculos que, em parte, reflete o cenário contraditório em que se insere a profissão. Entretanto pode-se verificar nas considerações destas profissionais em formação a preocupação em pautar suas ações com base nos fundamentos teórico-metodológico, técnico-operativos e ético-políticos. Ademais, também foi possível identificar uma postura crítica das profissionais quanto ao caráter excludente das políticas sociais; quando das considerações em que reconhecem a cerne das expressões sociais que emergem no cotidiano profissional. E também, suas tentativas de empreender um caráter pedagógico às ações, tendo como fim a emancipação dos sujeitos sociais.

Em suma, este trabalho objetivou uma primeira aproximação à prática profissional em plantões tendo por base o projeto que se desenvolve na ULS do Saco Grande, desenvolvido por profissionais residentes e alunos(as) em estágio curricular da UFSC, no intento de realizar um diálogo entre as percepções dessas profissionais quanto a este espaço de atuação profissional e as iniciativas em torno da materialização das premissas inscritas no projeto ético-político do Serviço Social. Além disso, esse estudo também reside em seus objetivos práticos de subsidiar as atividades de futuros profissionais desta instituição, informando sobre os desafios a serem superados na prática cotidiana.

REFERÊNCIAS:

ABREU, Haroldo Batista. As novas configurações do Estado e da sociedade civil. In: **Capacitação em Serviço Social e política social**. Mod. 1, Brasília, Cead, 1999, p.33-43.

ABREU, Marina Maciel. A dimensão pedagógica do Serviço Social: bases histórico-conceituais e expressões particulares na sociedade brasileira. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez Editora, nº 79, ano XXV, 2004, p. 43-71.

ADRIANO, Juliana. **Relatório final de estágio: Unidade Local de Saúde do Saco Grande**. Florianópolis, DSS/UFSC, 2006.

_____. **Plano de Estágio: Unidade Local de Saúde do Saco Grande**. Florianópolis, DSS/UFSC, 2006.

ALMEIDA, E. S; CHIORO, A; ZIONE, F. Políticas Públicas e Organização do Sistema de Saúde: antecedentes, Reforma Sanitária e o SUS. In: WESTPHAL, M. F e ALMEIDA, E. S. (orgs) **Gestão de serviços de saúde Descentralização/ Municipalização do SUS**. São Paulo: HUCITEC. ABRASCO, 1995. (p. 01-31)

ALVES, Francielle Lopes; LIMA, Telma Cristiane Sasso de. **Relatório de Atividades de Estágio na Unidade Básica de Saúde do Saco Grande**. Departamento de Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2003.

ANDERSON, Perry. “Balanço do Neoliberalismo”. In: SADER, Emir e GENTILI, Pablo. (Orgs.). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

BAPTISTA, Myriam Veras. **A investigação em Serviço Social**, Lisboa-São Paulo: Veras/CPIHTS, 2002.

BARROCO, Maria Lucia Silva. A inscrição da ética e dos direitos humanos no projeto ético-político do Serviço Social. **Revista Serviço Social e Sociedade**, nº79, ano XXV, São Paulo: Cortez, 2004, p. 27-42.

BORÓN, A. “A sociedade civil após o dilúvio neoliberal” In: SADER E. (Orgs.). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência a Saúde**, 2001. Disponível em: <http://www.sespa.pa.gov.br/Sus/Legislacao>. Acesso em 20/05/2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de indicadores do SUS - 2006**. Disponível em <www.saude.gov.br> . Acesso em 20/06/2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de Outubro de 1988**. 33ª ed. São Paulo: Saraiva, 2004.

BRASIL. **Lei 8.080 de 19 de Setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em <www.saude.sc.gov.br/legislação>. Acesso em 30/03/2007a.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em <http://www.saude.sc.gov.br/legislação>. Acesso em 30/03/2007.

BRAVO, Maria Inês Souza. O Serviço Social e a prática na área da saúde. In: **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez, 1996, p. 84-131.

_____. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete et al (orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos; GRAU, Nuria Cunil. Entre o Estado e o mercado: o público não estatal. In: BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos; GRAU, Nuria Cunil. **O público não-estatal na reforma do Estado**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999, p. 15-50.

BONASSA, Giselli Dandoline; FURLANETTO, Cleidiamar Aparecida. **A experiência do Serviço Social na Residência Multiprofissional em Saúde da Família/PADA**. Mimeo.

CFESS. **Intervenção profissional do Assistente Social no campo da saúde**. Brasília: ed mimeo, 1990.

COSTA, Maria Dalva Horário da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, ano XXI, nº62, p. 35-72, mar/2000.

COSTA, Wildce da Graça Araújo; MAEDA, Sayuri Tanaka. Repensando a Rede Básica de Saúde e o Distrito Sanitário. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v25, nº87, jan/abr 2001.

DEMO, Pedro. **Educação pelo avesso: assistência como direito e como problema**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2002.

AURÉLIO. Dicionário eletrônico – Século XXI. Versão 3.0, 1999. (Software)

FALCÃO, Maria do Carmo. O conhecimento da vida cotidiana: base necessária à prática Social. In: **Cotidiano: conhecimento e crítica**. 2ª ed. São Paulo: Cortez. 1989

FALEIROS, Vicente de Paula. **Estratégias em Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1997.

FERREIRA, Maria Emília. Construindo uma atitude investigativa. In: **Anais do IX ENPESS**. Porto Alegre: ABEPSS, 2004. Eixo temático 2.13. Exercício profissional e pesquisa.

FURLANETTO, Cleidiamar Aparecida. **O acesso a medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde: demanda para o serviço social**. Florianópolis: UFSC, 2004. Trabalho de Conclusão de Curso.

IAMAMOTO, Marilda Villela. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo. In: MOTA, Ana Elizabete et al (orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 1998.

_____. **Renovação e Conservadorismo no Serviço Social: ensaios críticos**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1994.

IAMAMOTO, M. V; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: Esboço de uma interpretação histórico- metodológica**. São Paulo, Cortez. 14 ed, 2001.

IBGE. **Síntese dos indicadores sociais 2005**. Disponível em <www.ibge.gov.br>. Acesso em 20/06/2007.

LIMA, T. C. S. de. **A intervenção profissional do Serviço Social no contexto da Cidadania e dos Direitos: pensando as ações sócio-educativas**. Trabalho de Conclusão de Curso. Florianópolis: UFSC/CSE/DSS, 2004.

_____. **A intervenção profissional do Serviço Social: propondo o debate sobre as ações sócio-educativas**. In: Anais do IX ENPESS. Porto Alegre: ABEPSS, 2004a. Eixo temático 2.10. Processos sócio-assistenciais.

_____. **Serviço Social e Intervenção Profissional**. Florianópolis: DSS/CSE/UFSC, 2004b.

LOPES, Vivian de Lima. **Ação sócio-educativa e superação do cotidiano no exercício do plantão social**. CD Rom – 3º Congresso Paranaense de Assistentes Sociais. Evento realizado de 12 a 14/10/2006 em Londrina-PR

LUZ, Notas Sobre as Políticas de Saúde no Brasil de “Transição Democrática” – anos 80. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 32, p. 27-32, jun. 1991.

MARQUES, Elizabeth da Luz. **O Plantão na prática do Serviço Social**. 1997.

MARTINELLI, M. L. **Serviço Social: identidade e alienação**. São Paulo: Cortez, 1989.

MARTINI, Débora. **Relatório final de Estágio: Unidade Local de Saúde do Saco grande**. Florianópolis: DSS/UFSC, 2006.

MATOS, Moanna. **Relatório final de Estágio: Unidade Local de Saúde do Saco grande**. Florianópolis: DSS/UFSC, 2006.

MINAYO, M. C. Ciência, técnica e arte: o desafio da Pesquisa Social. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994, p. 09 – 30.

MIOTO, Regina Célia T et al. **Projeto de Integração Docente Assistencial do Departamento de Serviço Social da UFSC: Documento Preliminar**. Florianópolis: UFSC/Departamento de Serviço Social, 2005.

MIOTO, Regina Célia T; NOGUEIRA, Vera Maria R. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais. In: MOTA, Ana Elizabete et al (orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006. MOTA, Ana Elizabete et al (orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

NETTO, José Paulo. A construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social frente à crise contemporânea. In: **Capacitação em Serviço Social e políticas sociais – Crise contemporânea, questão social e Serviço Social**. Brasília: CFESS-ABEPSS-CEAD-UnB, módulo 1, 1999, p. 111-128.

_____. Cinco Notas a propósito da “questão social”. In: **TEMPORALIS - Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social**. 2 ed. Ano 2, n.3 (jan/jul.2001). Brasília: ABEPSS, Gráfica Odisséia, 2004.

_____. Repensando o balanço do neoliberalismo. In: SADER, Emir e GENTILI, Pablo. (Orgs.). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **O direito à saúde na reforma do estado brasileiro: construindo uma nova agenda**. Florianópolis, 2002. 333f. Tese (Doutorado em enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina.

_____. **O Serviço Social na área da Saúde**. Florianópolis: UFSC, 2005. Trabalho não publicado.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. Globalização e crise de representação. In: **As possibilidades da política**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998, p. 226-248.

NORONHA, José Carvalho de; LEVCOVITZ, Eduardo. AIS – SUDS-SUS: Os caminhos do Direito à saúde. In: GUIMARÃES, Reinaldo; TAVARES, Ricardo (Orgs). **Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80**. Rio de Janeiro: Relume Dumará/ABRASCO/IMS-UERJ, 1994. p. 73-111.

OLIVEIRA, Elisa Maria Andrade Brisola de. **Plantão Social – um cenário de lutas políticas**. São Paulo: PUC, 2006 (Dissertação de Mestrado).

PAIM, Jairnilson Silva. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; FILHO, Naomar de Almeida. (org). **Edipemiologia e Saúde**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica Ltda, 1999, p. 473-487.

PAIVA, Beatriz & SALES, Mione. “A nova Ética Profissional: Práxis e Princípios”. In: BONETTI, Dilséa, et al (orgs). **Serviço Social e Ética – Um convite a uma nova práxis**. São Paulo, Cortez, 1996, p. 174-208.

PEREIRA DE QUEIROZ, M. I. O pesquisador, o problema da pesquisa. A escolha de técnicas. In: **Textos CERU** n. 3,2. Série, São Paulo: Centro de Estudos Rurais e Urbanos, 1992, p. 13-41.

PEREIRA, Potyara Amazoneida. P. A metamorfose da questão social e a reestruturação das políticas sociais. In: **Capacitação em Serviço Social e políticas sociais: módulo 01**. Brasília: UnB, 1999, p.47-57.

_____. **A assistência social na perspectiva dos direitos: crítica aos padrões de proteção aos pobres no Brasil**. Brasília: Thesaurus, 1996.

_____. Questão Social, Serviço Social e direitos de cidadania. In: **TEMPORALIS - Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social**. 2 ed. Ano 2, n.3 (jan/jul.2001). Brasília: ABEPSS, Gráfica Odisséia, 2004.

_____. Sobre a Política de Assistência Social no Brasil. In: **Política Social e Democracia**. São Paulo, Cortez, Rio de Janeiro: UERJ, 2001 (p. 217-233).

PEREIRA, Silvana Maria. **O processo de implantação do Sistema Único de Saúde – SUS em Florianópolis – 1989 – 1994**. Florianópolis: UFSC, 1997. Dissertação de Mestrado.

RIOS, Terezinha Azeredo. **Ética e Competência**, 3ª ed, São Paulo, Cortez, 1995.

ROSA, Fernanda Nunes. **Relatório final de estágio: Unidade Local de Saúde do Saco Grande**. Florianópolis, DSS/UFSC, 2006

SADER, Emir. A refundação do estado e da política. In: NOVAES, Adauto. **A crise do Estado-nação**. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2003, p. 307-321.

SANCHEZ, Márcia Fortunato Matric. **Competências profissionais do Assistente Social na atenção básica à saúde: um estudo exploratório**. Florianópolis: DSS/UFSC (Trabalho de Conclusão de Curso), 2004.

SANTOS, Pio Pereira dos. **Programa estudo sobre a confiabilidade das informações do cadastro familiar**. Dissertação de Mestrado. UFSC, CCS. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, 2002.

SOUZA, Rosany Barcellos de; AZEREDO, Verônica Gonçalves. O assistente social e a ação competente: a dinâmica cotidiana. **Revista Serviço Social e Sociedade**, nº 80, ano XXV, São Paulo: Cortez, nov/2004, p. 48-58.

TEIXEIRA FLEURY, Sônia. Reflexões Teóricas sobre Democracia e Reforma Sanitária. In: **Reforma Sanitária em Busca de uma Teoria**. Teixeira, S. F. (org). São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989.

VASCONCELOS, Ana Maria de. Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde. In: MOTA, Ana Elizabete et al (orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006, p. 242-271.

VAZQUEZ, Adolfo Sanchez. Filosofia da práxis. 2ª ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1977.

VIEIRA, Danúbia Rocha. **Relatório de estágio curricular obrigatório: Unidade Local de Saúde Agrônômica.** DSS/UFSC. Florianópolis, 2006.

WIESE, Michelly Laurita. **A categoria social no âmbito das práticas profissionais no Programa Saúde da Família do Município de Blumenau.** Florianópolis: UFSC, 2003
Dissertação de Mestrado

YAZBEK, Maria Carmelita. **Pobreza e exclusão social: expressões da questão social no Brasil.** In: **TEMPORALIS - Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social.** 2 ed. Ano 2, n.3 (jan/jul.2001). Brasília: ABEPSS, Gráfica Odisséia, 2004.

ANEXO

Anexo 1



UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE – SACO GRANDE II
SERVIÇO SOCIAL
FICHA DE ACOLHIMENTO



1. IDENTIFICAÇÃO DO(A) USUÁRIO(A):

NOME: _____

Nº PRONTUÁRIO: _____ ÁREA: _____ MICRO-ÁREA: _____ ACS: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ TELEFONE: _____

2. QUADRO SÍNTESE DA COMPOSIÇÃO FAMILIAR DO USUÁRIO(A):

Nome	Idade	Parentesco	Ocupação	Nascimento	Prontuário	Escolaridade

3. GENOGRAMA

4. SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO: _____

5. DATA: _____ HORÁRIO: _____

6. RELATO DO ATENDIMENTO: _____

7. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO:

8. ENCAMINHAMENTOS: